



**UNIVERSIDADE DO MINHO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

RELATÓRIO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ano letivo 2019/2020 – 4º Ano

**Tema: Expetativas e Experiências Sobre o Trabalho de Parto e o Parto:
O Significado Atribuído pelas Puérperas Primíparas que Realizaram o
Parto na Maternidade do Hospital Dr. Baptista de Sousa**

Autor: Stefen Carlos Soares da Cruz, Nº 4302

Orientadora: Mestre Anabela Encarnação

Mindelo, 2020

**Expetativas e Experiências Sobre o Trabalho de Parto e o Parto: O
Significado Atribuído pelas Puérperas primíparas que Realizaram o parto
na Maternidade do Hospital Dr. Baptista de Sousa**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao programa
de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do
Mindelo, como requisito para a obtenção do título de
Licenciado em Enfermagem.

Orientadora: Mestre Anabela Encarnação

Mindelo

2020

“Para mudar o mundo é preciso mudar a forma de nascer.” (Michel Odent, 1994)

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus, por me iluminar e por me ter dado forças para superar aqueles que foram os momentos difíceis e que permitiu que tudo isso acontecesse.

Agradeço também à minha família pelo apoio durante toda a minha vida especialmente aos meus pais e aos meus tios, pelo amor, incentivo e o apoio que sempre me deram ao longo de toda a minha vida e pela confiança depositada.

Meus agradecimentos aos meus amigos e colegas do curso pelos momentos marcantes que juntos partilhamos, dos inúmeros desafios que enfrentamos, sempre com o espírito colaborativo e por terem feito parte da minha formação e que com certeza continuarão presentes na minha vida.

Deixo também um agradecimento especial à minha orientadora Mestre Anabela Encarnação pelo apoio na realização deste trabalho, pelo incentivo e dedicação na elaboração deste trabalho, como também aos meus professores que de alguma forma estiveram envolvidos na revisão deste trabalho.

Também quero agradecer à Universidade do Mindelo por me proporcionar todas as condições para o meu desenvolvimento académico e a todos os professores do meu curso pela elevada qualidade do ensino oferecido e por me proporcionarem vários momentos de aprendizagem.

Um grande agradecimento a todos as puérperas primíparas que aceitaram participar nesta investigação.

A todos, que de uma forma direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação e contribuíram para a concretização desta etapa da minha vida, meus sinceros agradecimentos.

Resumo

O nascimento do primeiro filho representa um marco na vida da mulher, principalmente nas puérperas primíparas, uma vez que este inaugura definitivamente a maternidade. Durante o processo de trabalho de parto e parto, a parturiente vivência o que outrora fora antecipada na gravidez sob a forma de expetativas, e o culminar entre estes dois aspetos define o significado que a primípara atribui a esse momento. Este estudo teve como objetivo descrever as expectativas e experiências das puérperas primíparas internadas no serviço da maternidade do Hospital Baptista de Sousa, em relação ao momento do parto, evidenciando os contributos da enfermagem para que as expetativas possam culminar com uma experiência de parto positivo. Trata-se de um estudo qualitativo descritivo com caráter exploratório e de abordagem fenomenológica. No estudo participaram seis (6) puérperas primíparas com idade entre os 20 aos 33 anos que tiveram o parto normal no Hospital Baptista de Sousa durante o período de junho a agosto de 2020. Para a recolha das informações utilizou-se a entrevista semiestruturada. Os resultados evidenciam uma ambivalência de sentimentos, expetativas positivas com uma experiência negativa ou expetativas negativas com uma experiência positiva. Os dados projetam um predomínio de expectativas positivas, mas em contrapartida houve predomínio de experiência de trabalho de parto e parto negativa, associadas principalmente á falta de apoio e sensibilidade dos profissionais e á intensidade da dor. As influências socioculturais não mostraram ter influências na criação de expetativas nem no significado atribuído ao momento do trabalho de parto e parto. Destaca-se a ótima relação entre as participantes e os profissionais de saúde a respeito das consultas pré-natais, contudo os temas e as atividades abordadas durante as consultas, não as preparou para a vivência do parto como tal, e como consequência, a possível criação de cursos de preparação para o parto foram vistos como uma alternativa muito útil no entender das participantes. Conhecendo as expetativas das mulheres sobre o seu trabalho de parto e parto, pode-se direccionar um acompanhamento com vista a uma melhor preparação para o momento do parto, reconhecendo o papel importante que a equipa do pré-natal tem na criação de programas de preparação para o parto que ajude as puérperas primíparas a adquirirem um conhecimento realista em relação ao momento do parto e dos processos envolvidos, e assim contribuir para uma transição saudável á maternidade.

Palavras-chave: Parto normal. Puérperas primíparas. Significado do parto.

Abstract

The birth of the first child represents a milestone in the woman's life, especially in the primiparous, once this definitely opens the motherhood. During the labor process the parturient experiences what was previously anticipated in pregnancy in the form of expectations, and the culmination between these two aspects defines the meaning that the primiparous woman attributes to that moment. This study aimed to describe the expectations and experiences of primiparous mothers in relation to the moment of delivery admitted to the maternity service of Hospital Baptista de Sousa related to the time of delivery, evidencing the contributions of nursing so that expectations can culminate in a positive childbirth experience. This is a descriptive study with an exploratory and phenomenological character, following a qualitative approach. The study included 6 primiparous women aged 20 to 33, who had a normal birth at Baptista de Sousa hospital during the period from June to August 2020. For data collection, semi-structured interviews were used. The results show an ambivalence of results, positive expectations with a negative experience or negative expectations with a positive experience. The results project a predominance of positive expectations, but in return ended up culminating in a negative labor and delivery experience, mainly associated with the lack of support and sensitivity of professionals and the intensity of pain. Sociocultural influences have not been shown to have any influence on the creation of expectations or on the meaning attributed to the moment of labor and delivery. The relationship between participants and health professionals regarding prenatal consultations was classified as excellent, although the themes and activities covered during the consultations, did not prepare them for the experience of childbirth, and as a consequence, the possible creation of preparation courses for childbirth were seen as a very useful alternative in the understanding of the participants. Knowing the expectations of women about their labor and delivery, one can directed a better support in order to better preparation for the delivery, recognizing the importance that the prenatal team has in the creation of childbirth preparation programs that helps primiparous women to acquire realistic knowledge for the moment of delivery and the processes involved, and contribute to a healthy transition to motherhood.

Keywords: Normal birth. Primiparous. Meaning of delivery.

Lista de Tabelas

Tabela 1- Taxas de mortalidade materna.....	13
Tabela 2- Taxa de mortalidade infantil e neonatal precoce.....	13
Tabela 3- Números e percentagem de partos no HBS ano 2018.....	14
Tabela 4- Alterações fisiológicas na gravidez e as principais queixas	23
Tabela 5- Evidências científicas sobre a importância dos cursos de preparação para o parto.....	31
Tabela 6- Expetativas facilitadores e dificultadores de uma experiência de parto.....	40
Tabela 7- Variáveis que influenciam o desempenho do papel maternal.....	52
Tabela 8- Diagnósticos e intervenções de enfermagem relacionados á mulher em trabalho de parto.....	53
Tabela 9- Caracterização socio-demográfica das entrevistadas.....	57
Tabela 10- Categorias e subcategorias da análise.....	60
Tabela 11- Relação entre as expetativas e as experiências.....	75

Lista de Siglas e Abreviaturas

APN- Atendimento Pré-Natal

APA- *American Psychological Association*

CS- Centro de Saúde

HBS- Hospital Baptista de Sousa

HCG- Gonadotrofina Coriônica Humana

I.E.C- Informação, Educação e Comunicação

IST- Infecções Sexualmente Transmissíveis

NANDA- *North American Diagnosis Association*

NIC- *Nursing Intervention Classification*

OMS- Organização Mundial da Saúde

EUA- Estados Unidos da América

RN- Recém-Nascido

UNICEF- *United Nations Children's Fund*

Sumário

Introdução	10
Justificativa e Problemática	12
CAPÍTULO I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1.1 História da obstetrícia e maternidade	20
1.2 A gravidez e a maternidade	22
1.3 Manifestações e alterações que ocorrem durante o desenvolvimento da gravidez	24
1.3.1 Aspetos psicossociais envolvidos no período gravídico.....	24
1.3.2 Aspetos fisiológicos envolvidos no período gravídico.....	27
1.4 Assistência de enfermagem na gravidez.....	30
1.4.1 Consultas de vigilância pré-natal.....	30
1.4.2 Educação para a saúde na gravidez e na preparação para o parto	32
1.5 A mulher no trabalho de parto e parto	35
1.6 Expetativas em relação ao Parto	38
1.7 Parir em Cabo Verde	45
1.8 Cuidados de enfermagem na sala de Parto promotoras de uma experiência positiva de Trabalho de Parto e Parto	47
1.8.1 Admissão, avaliação da Parturiente e do Feto.....	47
1.8.2 Apoio, conforto e alimentação.....	48
1.8.3 Técnicas não farmacológicas no alívio da Dor do Trabalho de Parto	49
1.9 Teoria da consecução do papel maternal de Ramona Mercer	53
1.10 Diagnósticos e intervenções de enfermagem.....	56
CAPÍTULO II. FASE METODOLÓGICA.....	59
2.1 Tipo de estudo	60
2.2 Instrumento de recolha de informações.....	61
2.3 Participantes do estudo	62
2.4 Caraterização do campo Empírico.....	63
2.5 Aspetos Éticos	65
CAPÍTULO III. FASE EMPÍRICA.....	66
3.1 Apresentação e Interpretação dos resultados	67
3.2 Discussão dos resultados	91
4. Considerações finais	95
5. Referências bibliográficas	97
6. Apêndices	106

Introdução

O presente trabalho encontra-se inserido no âmbito do plano curricular do 4º ano do curso de Licenciatura em enfermagem da Universidade do Mindelo como requisito para obtenção do grau de Licenciado, que trás como temática: “Expetativas e Experiências Sobre o Trabalho de Parto e o Parto: O Significado Atribuído pelas Puérperas Primíparas que Realizaram o Parto na Maternidade do Hospital Dr. Baptista de Sousa”.

Conhecer a perceção que a primípara tem em relação ao parto normal é uma tarefa difícil, uma vez que a parturição nas mulheres que fazem parte desta categoria trata-se de um evento jamais visto e apercebido, algo único e que pela primeira vez a mulher depara-se com a realidade que é trazer uma criança ao mundo. Além disso, o nascimento do primeiro filho, inaugura definitiva a maternidade, e esse fato vem acompanhado de toda uma pressão sobre a mãe. A mulher se vê obrigada a abandonar seu papel de filha e assumir o de mãe e muitas vezes esta carece de uma preparação psicológica e fisiológica para o momento do parto, o que acaba repercutindo na idealização de um cenário que posteriormente poderá não ir ao encontro com o que outrora ela havia perspetivado como consequência dessa não preparação.

Muitas gestantes nem sempre estão preparadas e demostram ter baixos níveis de literacia em saúde e sobre como ocorre o parto normal, assim suas expectativas nem sempre vão de acordo com a realidade, e muitas vezes isso acaba acarretando uma demora no processo e mais sofrimento quer para a gestante como para o bebé. Posteriormente isso poderá afetar o estado emocional da puérpera, e pesquisas bibliográficas á volta do tema relatam que, experiências relativas ao parto são de suma importância uma vez que interferem de forma muito significativa no funcionamento emocional das mães e no estabelecimento de uma vinculação com o bebé.

Globalmente, grande parte das expetativas geradas pelas grávidas são construídas a partir de relatos da rede social, de informações provenientes das consultas pré-natais quer por parte dos enfermeiros ou médicos.

De forma geral, o parto carrega consigo expetativas maioritariamente negativas, relacionadas ao medo da dor, dos procedimentos obstétricos, que o filho nasça com algum problema de saúde, insegurança no atendimento, incapacidade de parir e o próprio medo das mudanças que esse novo papel social vai exigir á mulher. Para tal é necessário trabalhar com a gestante desde os primeiros contactos nas consultas pré-natais, identificar e trabalhar nos fatores de risco, esclarecer as dúvidas, criar um ambiente de confiança, desestruturar ideias como medo, ansiedade, sentimentos de incapacidade e favorecer á construção de expetativas positivas.

O trabalho encontra-se estruturado em três capítulos, o enquadramento teórico, a fase metodológica e a fase empírica.

A introdução surge enfatizando a justificativa e a problemática do tema em estudo. Posteriormente, o enquadramento teórico aborda os principais conceitos e a forma com que vários autores têm trabalhado no campo da investigação materno-obstétrica. Segue a fase metodológica que mostra a forma como se procedeu para a recolha das informações o instrumento utilizado para a investigação, a população em estudo, o tipo de estudo, os procedimentos éticos respeitados e a descrição do campo empírico. O capítulo empírico, faz a análise e interpretação dos resultados recolhidos mediante o método de análise de conteúdo. Por último, a conclusão que se obteve com o estudo e a confirmação dos objetivos estipuladas, assim como implicações futuras que o trabalho poderá ter.

Como motor de busca á volta do assunto, utilizou-se o google académico, Pubmed e o SciELO como as principais referências. Para a redação desde trabalho, baseou-se nas normas da APA (*American Psychological Association*) 2019 e seguindo o novo acordo ortográfico da língua Portuguesa.

Justificativa e Problemática

A escolha do tema provém primeiramente da motivação pessoal e curiosidade em descrever as expectativas das puérperas primíparas e a experiência vivenciada no momento do parto, com influências provenientes do ensino clínico realizada no âmbito da unidade curricular Enfermagem na Saúde da Mulher, no qual durante a realização do ensino clínico se deparou com um cenário onde as puérperas primíparas relatavam no final do parto, ser um momento que não imaginavam que assim fosse, caracterizado por sentimentos de dor, ansiedade, desconsolo por não ter um acompanhante, exaustão, marcando assim o início da transição para a maternidade como sendo um mau começo.

Assim surgiu o interesse em saber que expectativas são antecipadas ao momento do parto e que significados são atribuídas pelas puérperas primíparas relativamente ao cumprimento das expectativas previamente criadas. É ainda de a intenção pessoal aprofundar conhecimentos no campo da enfermagem Materno-obstétrico.

A escolha do tema parte também da motivação académica, de trabalhar um tema de investigação científica que jamais fora trabalhado, uma pesquisa que certamente irá enriquecer o campo científico na área de Enfermagem Materno-Obstétrico uma vez que são escassos trabalhos científicos nacionais que procuram avaliar o impacto que expectativas prévias ao parto têm na satisfação do trabalho de parto e parto, acreditando que a realização deste estudo terá repercussões a nível académico na medida que irá incentivar outras pesquisas por parte de outros estudantes e espera-se ainda que este trabalho tenha implicações a nível dos cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem assim como todos os outros profissionais de saúde.

Do ponto de vista profissional, este estudo traz ganhos significativos, na medida em que permite ampliar o corpo de conhecimentos nesta área e em matéria da investigação científica despertando o lado da investigação. O processo gravídico, trabalho de parto e parto não existem como um acontecimento isolado, é necessária uma ação conjunta de todos os profissionais de enfermagem, médicos, nutricionistas e fisioterapeutas. Assim no final desta investigação, espera-se poder mediante ampliação dos conhecimentos adquiridos nesta área, estar mais apto para num futuro próximo prestar uma assistência mais qualificada quer durante o período pré-natal como no momento do parto, tomando sempre em referência que a criação de expectativas positivas conduz a uma experiência positiva do parto.

Vale ressaltar que o tema tem importância no contexto atual. A nível mundial de acordo com o UNICEF- *United Nations Children's Fund* (2019) no ano 2017 a morte materna foi de

aproximadamente 295.000 numa proporção de 211 mortes maternas por cada 100.000 nascidos vivos, estando os números mais concentrados na África Subsaariana com 196 000 mortes.

Segundo o Instituto Nacional de Estatísticas de Portugal a taxa de mortalidade materna neste país foi no ano de 2018, 17,2% (por 100.000 nascidos vivos) com uma taxa de mortalidade infantil de 2,8% e a de mortalidade neonatal a 1,2%, onde a taxa de fecundidade foi de 1,4 nascimentos por mulher.

No Brasil o número de mortes maternas no ano 2016 segundo o Ministério da Saúde foi de 1.463. A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que em 2017 houve no Brasil 1700 mortes maternas com 38.000 mortes infantis, com uma taxa de mortalidade neonatal de 8.13%.

As cifras sobre a mortalidade materna encontram-se mais acentuadas nos países de baixo índice de desenvolvimento, conforme realça a UNICEF. Esse elevado número de mortes maternas assim como neonatais, deve-se na maioria dos casos durante o período de trabalho de parto e parto (OMS 2020).

A OMS aponta que 60% de natimortos a nível mundial ocorrem durante o período imediato ao pré-parto, estando associadas ao prolongamento do trabalho de parto, hipoxia fetal e doenças maternas associadas, assim então, há a necessidade de incentivar e de criar cada vez mais, estratégias favoráveis ao longo da gravidez bem como a contribuir para a criação de expectativas positivas, realista e esclarecer bem o processo do parto, para que assim haja um parto rápido e sem intercorrências, pois quanto mais se cumprem com as expectativas das gestantes melhor será a experiência do parto, e consequentemente menos complicações.

O número de partos eutócicos, também têm tido uma margem consideravelmente alto, isto mostra que tendo os partos normais e eutócicos em maior número, requer aprimoramento de técnicas e métodos facilitadoras de uma boa experiência do parto, dando á mulher o livre arbítrio na construção de expectativas que ela considerar como sendo as melhores.

Somente em Portugal de 85.604 partos, 40.537 foram partos eutócicos (Pordata, 2018). Mas tais números mostram que embora os partos eutócicos tenham uma margem relativamente alta, a maioria dos partos em países desenvolvidos tem vindo a ser distócicos como consequência do elevado número de cesarianas. No Brasil segundo o Ministério da Saúde 55% dos partos são por cesarianas.

Na configuração temporal desse problema, a OMS mostra que o índice de partos por cesárea era de 6%, em 1980, triplicando para 18,6% em 2016, no qual o mesmo aponta que a taxa ideal de cesárea seria entre 10% e 15% (Batista & Rissin, 2018).

As elevadas taxas de cesarianas, as mortes maternas, as mortes neonatais e as complicações, durante a gravidez, têm vindo a ser grandes preocupações a nível mundial, razão esta pelo qual á necessidade constante de esforços coletivos para diminuir esses problemas.

Relativamente ao acesso e acompanhamento ás consultas pré-natais como o melhor meio para o cultivo de expetativas positivas que venham a culminar com o sucesso do parto, é de ressaltar que em 2001, foram realizadas nos Estados Unidos da América (EUA) cerca de 50 milhões de consultas pré-natais. A média foi de 12,3 consultas por gestação, e muitas gestantes tiveram 17 ou mais consultas (Cunningham, *et al.*, 2016).

Grande parte das expetativas criadas pelas grávidas advém dessas consultas pré-natais, assim que as expetativas que as grávidas têm sobre o parto estão relacionadas com a maneira como as informações são disponibilizadas, e os meios com que este são disponibilizadas, e assim Santos (2017) aponta as aulas de preparação para o parto, grupos educativos e um plano de parto como ferramentas crucias para que se viva uma experiência de parto positiva.

Em Portugal, na cidade do Porto, foi realizado um estudo por Costa, Figueiredo, Pacheco e Pais (2003) a 115 puérperas primíparas utentes de um serviço Materno-Obstétrico no intervalo de 2001-2002. Os resultados mostram que durante o trabalho de parto e parto, a generalidade das mulheres não vira confirmadas as suas expetativas prévias, correspondendo a um total de 68,7%, relatando sentimentos como falta de confiança, falta de controlo da situação, medo e preocupações. Do total, somente 31,3% viram confirmadas suas expetativas.

No Brasil em Brasília, no estudo semelhante por Tostes e Seidl (2015), em entrevistas a 18 primigestas, as expetativas relacionadas ao parto em geral foram negativas, perpetuando sentimentos de medo, dor e sofrimento, sentimentos de preparação insuficiente e falta de confiança para vivenciar o parto.

Estes sentimentos relatados nos 2 cenários, são sentimentos que podem ser desestruturados quando criados ambientes favoráveis para criação de expetativas positivas, como aulas de preparação para o parto, reforço nas consultas pré-natais, grupos educativos e um plano de parto.

Em Cabo Verde o número de nascimentos entre 2012-2016 tem sondado entre os 10.000 com uma taxa de mortalidade infantil em 15,4% em 2016, neonatal de 7,6% (por 1000 nascimentos) e materna de 18,8% (por 10.000 nascimentos) no mesmo ano, sabendo que Cabo Verde tinha traçado para 2015, de acordo com os objetivos do desenvolvimento do milénio, atingir a meta dos 14% na taxa de mortalidade infantil. Dentro da taxa de mortalidade infantil total, 62,3% em 2013 e 53,4% em 2014 correspondem ao período neonatal precoce (< de 7 dias).

A taxa de mortalidade materna em Cabo Verde referente ao ano 2016, foi de 18,8%, havendo um aumento significativo quando já se mostrava haver ganhos a respeito da diminuição das mortes maternas.

Tabela 1

Taxas de mortalidade materna

Ano	Taxa de mortalidade Materna (100.000 nascidos)
2012	9,6
2013	37,9
2014	9,4
2015	4,7
2016	18,8

Fonte: Relatório Estatístico de Cabo Verde 2017

Como se observa no ano 2013, a taxa de mortalidade materna atingiu valores elevados, havendo posteriormente um decréscimo significativo ao longo dos dois anos seguintes, mas no mesmo voltou a alcançar valores elevados no ano 2016. O hospital Dr. Baptista de Sousa (HBS) com foco na diminuição das taxas de mortalidade materna e infantil tem-se exigido a presença do neonatologista e do obstetra no momento do período expulsivo com foco a ter uma atenção personalidade ao recém-nascido e á parturiente.

A taxa de mortalidade infantil mostrou ter havido uma linha de decréscimo contínuo, embora o mesmo não se tenha verificado na taxa de mortalidade neonatal.

Tabela 2

Taxa de mortalidade infantil e neonatal precoce

Ano	Taxa Mortalidade Infantil	Taxa mortalidade Neonatal Precoce
2012	22,3	11,7
2013	21,4	13,4
2014	20,3	20,8
2015	15,3	8,1
2016	15,4	7,6

Fonte: Relatório Estatístico de Cabo Verde 2017

Embora durante os anos 2012-2016 tenha havido um decréscimo relativamente aos números da mortalidade infantil, o mesmo não projetou no número de mortes neonatais, tendo havido um pico na taxa de mortalidade neonatal no ano de 2014, mas que posteriormente nos dois anos seguintes houve uma brusca diminuição.

O próprio Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (2015), com vista a alcançar os objetivos do desenvolvimento do milénio, traçou metas visando melhorar o estado de saúde reprodutiva da população cabo-verdiana com ênfase na redução da morbilidade materna e neonatal, numa realidade onde a taxa de fecundidade em 2018 segundo o III Inquérito Demográfico da Saúde Reprodutiva é de 2,5 crianças em média, por mulher dos 15 aos 49 anos.

No que tange às consultas de pré-natal, segundo o Ministério da Saúde e Segurança Social, em 2017 foram captadas 10 154 grávidas sendo que 8 529 realizaram pelo menos 4 consultas pré-natais. Somente em São Vicente 1193 grávidas realizaram as 4 consultas, sendo que no total foram captadas 1372 grávidas. Esses valores refletem os esforços dos profissionais de saúde como também o significado e a importância que as grávidas têm atribuído às consultas pré-natais como o responsável para fazer culminar uma gravidez saudável e um parto sem intercorrências.

Como reportou o Instituto Nacional de Estatística (2018) no anuário estatístico de 2017, a percentagem de partos assistidos por profissionais de saúde nos anos 2015 e 2016 foi de 91,4%, representando no ano 2015 um total de 10.502 nascimentos com 9 602 destes sendo assistidos por profissionais de saúde, e no ano 2016 de 10.629 nascimentos, contabilizou-se 9.839 partos assistidos. Na ilha de S. Vicente foram contabilizados 1 913 partos assistidos no ano 2014, no ano seguinte 1.458, e em 2016 foram no total 1.419 partos assistidos. Esse decréscimo reflete como consequência da diminuição da taxa de natalidade.

Tais resultados mostram claramente que nos últimos anos têm-se vindo a ter um número considerável de partos assistidos e isso enfatiza uma vez mais a necessidade de infraestruturas e profissionais capazes de responder de forma positiva a essa demanda sempre primando pela boa assistência com vista a proporcionar uma boa experiência do parto.

No HBS relativamente ao ano 2018, contabilizou-se 1077 partos normais contra 391 por cesariana.

Tabela 3

Números e percentagem de partos no HBS ano 2018

Tipo de parto	Total	%
Parto normal	1077	72,8%
Cesariana	391	26,4%
Fórceps	3	0,2%
Ventosa	6	0,4%
Sem registro	2	0,1%

Fonte: Serviço da maternidade do HBS

Diferente do que observado em alguns países desenvolvidos, no HBS dos 1479 partos totais relativos ao ano 2018, 73% corresponde ao parto normal, ou seja, a maioria dos partos são pela via vaginal.

A cesariana é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, porém somente deve ser indicada para esse fim quando justificadas os motivos médicos. Contudo a OMS afirma que taxa de cesarianas maiores de 10% não estão associadas com a redução da mortalidade materna-neonatal, pelo que o HBS ultrapassa a margem justificada pela OMS.

No que tange às expetativas sobre o parto nas mulheres Cabo-verdianas, segundo Garcia (2015) num estudo a 50 mulheres Cabo-verdianas, relata que essas mulheres não tinham quaisquer expetativas positivas, caraterizando um clima de muita ansiedade e medo como consequência de experiências prévias.

É um fato relatado por vários autores, que as experiências vivenciadas no trabalho de parto e parto, constitui também uma base para construção de expetativas para outros partos futuros.

Estas mulheres cabo-verdianas segundo o que o autor constatou, não estavam adequadamente preparadas para o parto, desconhecendo várias informações importantes que contribuem para que ela possa experienciar desde momento de forma segura, positiva e participativa. Quanto mais literacia tiverem as grávidas juntamente com ações de enfermagem promotoras de um experiência positiva no parto como, ambiente acolhedor, alternativas para alívio da dor, suporte emocional, não uso de instrumentação obstétrica, estes refletem diretamente na forma como a mulher experiencia o parto, assim menor será a ansiedade, estará mais confiante, ganha coragem e consequentemente um parto seguro, rápido com menos intercorrências possíveis (Garcia, 2015).

O reforço da literacia em saúde reprodutiva constituía uma das intervenções para atingir a meta de reduzir em dois terços o índice da mortalidade materna, e garantir o acesso universal à saúde reprodutiva até 2015 proposto no relatório dos objetivos do desenvolvimento do milénio.

Estes dados enfatizam a pertinência do tema, uma vez que, criação de expetativas positivas conduzem a uma experiência positiva do parto, que a sua vez reforça a díade mãe-bebé, e contribui para a construção de expetativas positivas para outros partos quer para a mesma mulher quer mediante relatos que esta transmitira á sua rede social.

Nesse sentido tendo em conta a problemática, traçou-se como **objetivo geral**:

- Analisar as expetativas e experiências das puérperas primíparas, em relação ao momento do parto na maternidade do Hospital Dr. Baptista de Sousa.

A partir deste, traçou-se os seguintes objetivos específicos;

- Identificar as influências socioculturais na criação de expectativas das puérperas primíparas que realizaram o parto no serviço da maternidade do Hospital Dr. Baptista de Sousa;
- Identificar os contributos das consultas de pré-natal na preparação para o parto e vivência positiva da experiência do trabalho de parto e parto;
- Descrever a relação entre as expectativas e as experiências vivenciadas pelas puérperas primíparas durante o parto normal, na maternidade do Hospital Dr. Baptista de Sousa,

CAPÍTULO I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

I. Enquadramento Teórico

Este capítulo visa essencialmente fazer um balanço em matéria do campo em estudo, ordenar as ideias mais pertinentes á volta do tema. Assim sendo, quando se fala da gravidez e maternidade não se pode deixar de referenciar sobre a sua história e as origens desta especialidade. Ainda neste capítulo fala-se da fisiologia da gravidez, as alterações resultantes desse período, referenciar a importância das consultas pré-natais como um instrumento para a construção de expectativas positivas, o conceito do parto e a sua vivência em Cabo Verde, as principais expectativas criadas assim como ações de enfermagem que visam promover uma boa experiência de parto e por fim, o enquadramento de uma teoria de enfermagem que vai de encontro com as ideias desenvolvidas á volta tema.

1.1 História da obstetrícia e maternidade

A história da obstetrícia não teve um início súbito, foi-se construindo ao longo dos tempos até ser o que hoje se conhece como uma especialidade médica que se dedica ao cuidado das gestantes e á reprodução nas mulheres.

Segundo relatos de mulheres mais antigas da sociedade Cabo-verdiana, cerca de 35 anos atrás, principalmente nas ilhas mais rurais, os partos eram realizados em domicílios junto aos seus familiares e com a ajuda de outras mulheres que eram chamadas de parteiras ou em outras ocasiões com ajuda de alguém de extrema confiança.

Com o passar dos anos, a história evoluiu, parteiras e familiares foram praticamente excluídos desse momento tão importante para a mulher e sua família, pois procurou-se diminuir as taxas de mortalidade materno-infantil e os possíveis riscos do pós-parto.

Segundo Barreto (2007) incontestavelmente, havia diferenças quanto à origem do saber entre parteiras e cirurgiões-parteiros. O treinamento destes últimos estava baseado nos conhecimentos médico-científicos, observáveis nos manuais de obstetrícia destinados aos cirurgiões, enquanto as parteiras aprendiam com a experiência de outras parteiras e com a própria experiência na realização de partos.

O termo obstetrícia tem sua origem segundo Zugaib (2012) do latina *obstetrix*, derivada do verbo *obstare* que, por sua vez, significa “estar ao lado” ou “em face de”; ou pode também ter o significado de “mulher assistindo a parturiente”.

Várias fontes bibliográficas apontam o importante papel da mulher leiga como assistente do parto, contudo, segundo Barreto (2007) nos anos 70 e 80, foi questionado a imagem das parteiras, apresentadas como mulheres sujas, supersticiosas e de pouco ou nenhum saber cuja

atividade punha em risco a vida da mulher e do bebê. Tal discurso pejorativo foi elaborado pelos médicos e cirurgiões, no processo de afirmação da obstetrícia, respaldados nos conhecimentos da anatomia e da fisiologia.

Este sucedido ajudou os cirurgiões-parteiros na sedimentação e legitimação da própria profissão, rompendo assim, a longa preponderância da autoridade das parteiras no que se refere ao ato do nascimento. Assim no início do século XIX, precisamente em 1810, os cirurgiões portugueses já haviam incorporado o parto como uma rama da cirurgia, e também já se encontrava sedimentada, academicamente, a divisão das funções entre cirurgiões e parteiras, na assistência ao nascimento.

Até o final do século XIX, segundo Zugaib (2012) as preocupações obstétricas limitavam-se somente ao parto, assim que no início do século XX notabilizou-se por uma grande virada nesse enfoque, quando os cuidados pré-natais começaram a ganhar relevo, tendo como Pioneiro, John Ballantyne em 1901.

Eventualmente em Cabo Verde, a atenção materno-obstétrica começou a ganhar espaço também aos poucos, no qual Martins (2008) afirma que em 1921 pela portaria n.º 7 de abril foi aprovado o regulamento para o funcionamento de uma Escola de Enfermagem no Hospital da Praia, na qual as disciplinas ministradas eram anatomia, patologia geral, noção do parto, farmácia e aritmética. Tendo como uma das disciplinas ministradas a “noção do parto”, isto mostra que os cuidados obstétricos eram desde o início do arranque da Escola de Enfermagem, uma preocupação por parte das entidades de Saúde na altura.

A evolução desta rama é reforçada por Barros (2010) que cita que em meados de 1976 foi criado o Centro Materno-Infantil da Bela Vista em São Vicente, o primeiro de Cabo Verde. A sua criação foi graças á iniciativa da Organização das Mulheres de Cabo Verde (OMCV). Foi financiado por uma Organização não Governamental Sueca, RADDA BARNEN, e sendo mais tarde gerido pelo Ministério da Saúde e Assuntos Sociais. Assim, mais tarde foi feito avultados empreendimentos na construção de centros de proteção da saúde materno-infantil em todas as ilhas do país. São Vicente atualmente dispõem de seis (6) centros de saúde (CS), focalizando a atenção nos cuidados primários de saúde, e que recebem o nome conforme a zona em que estão situadas, e assim temos: CS Chã de Alecrim; CS Fonte Inês; CS Ribeirinha; CS Bela Vista; CS Monte Sossego e CS Ribeira de Craquinha. Esses centros ademais de disponibilizar outros cuidados, prestam cuidados no que tange a saúde materno-infantil, funcionando desde a 8 horas até as 18 horas, permitindo assim uma maior disponibilidade a todos os utentes das zonas de abrangência.

1.2 A gravidez e a maternidade

Depois do breve historial sobre esta especialidade médica, é crucial desenrolar a pesquisa desde os primeiros momentos que marcam o início da maternidade e de todo esse processo gravítico. Uma vez que o trabalho é sobre as puérperas primíparas, faz todo sentido falar primeiramente sobre a gravidez e a maternidade, os processos envolvidos, as alterações resultantes, e como estes influenciam na criação das expetativas das puérperas primíparas, sendo que esta se encontra diante um cenário completamente desconhecido e que vai inaugurar definitivamente a maternidade.

Tudo começa na concepção, e esta marca o início de uma nova e fantástica história. Assim é do entender de Coutinho *et al.* (2014) que a gravidez é uma condição para a sobrevivência da vida humana, sendo indispensável à renovação geracional e que representa o período de formação de um novo ser. Inicia-se com a concepção, estende por 40 semanas e termina com o parto.

Do mesmo modo, Leff (2017) segue o mesmo raciocínio, e este afirma que na gravidez existem dois corpos, um dentro do outro, na qual duas pessoas vivem sob uma pele. Esse fenómeno constitui um próprio enigma biológico, pois, o próprio organismo da futura mãe suprime suas defesas imunológicas para permitir ao “corpo estranho” residir dentro dela.

Silva, Pessoa, Cunha e Fernandes (2015) complementam dizendo que a gestação é um período em que a mulher guarda por nove meses um ser que surgiu do encontro de células sexuais (espermatozoide e óvulo) no momento da cópula e a partir disso, a mulher sofre diversas alterações que envolvem os variados sistemas e aparelhos.

Porém, o processo de constituição da maternidade inicia-se muito antes da concepção em si, no entender de Piccinini, Gomes, Nardi e Lopes (2008) inicia-se a partir das primeiras relações e identificações da mulher, passando pela atividade lúdica infantil, a adolescência, o desejo de ter um filho e a gravidez propriamente dita. De frisar ainda que o próprio meio social e aspetos culturais têm também a sua influência no processo de constituição da maternidade. Neste sentido Carvalho, Loureiro e Simões (2006) complementam a ideia assumindo que a maternidade é um projeto de longo prazo distanciando-se desta forma do acontecimento biológico propriamente dito, que é a gravidez.

Tanto o processo de maternidade como a gravidez em si, exigem uma adaptação, que paulatinamente vai-se havendo reajustes, ideia esta confirmada por Canavarro (2001) que afirma que a gravidez e a maternidade, exigem processos de adaptação à nova situação.

Esta adaptação á maternidade, é um processo no qual a enfermagem tem um papel crucial, pois os enfermeiros têm um contato constante com a gestante mediante as consultas pré-natais e assim a rapidez com que essa adaptação é dada ou não, vai depender das estratégias que o enfermeiro adotar para que a gestante aceite o mais rápido possível a gravidez. A rapidez desta aceitação e adaptação, vai ser crucial face ás resposta emocionais da gestante e assim a construção de expetativas desde cedo.

Adaptação esta, que segundo Carvalho, Loureiro e Simões (2006) o primeiro processo de transição para a maternidade caracteriza-se por vivência de uma “crise específica”, pois ao longo das 40 semanas de gravidez, a mulher tem de efetuar adaptações e mudanças diversas à sua nova condição corporal, psicológica, familiar e social.

Para Carvalho, Loureiro e Simões (2006) a gravidez acarreta alterações significativas na vida da mulher, pois esta a obriga a fazer modificações dos padrões de atividade, a modificações de hábitos e relações sociais, que implicam tanto ganhos como perdas, dependendo do significado e da avaliação que cada mulher tem da sua nova condição. Souza (2013) também defende essa ideia ao afirmar que a gravidez é um processo onde a mulher passa por uma série de modificações anatômicas, psicológicas e fisiológicas, provocando alterações da personalidade, humor, mudanças no corpo, entre outras alterações que são comuns e esperadas.

Para algumas puérperas primíparas estas mudanças são aceitáveis, mas para outras se torna um transtorno, por isso a necessidade dos enfermeiros tratar e esclarecer desde cedo as futuras alterações que irão surgir, como lidar com elas, explicar que são alterações normais do processo gravítico para que a gestante se sinta encorajada e confiante para encarar esse processo.

É do parecer de Queroz (2012) que essas alterações são necessárias para que inicialmente o embrião e depois o feto, tenham um desenvolvimento dentro dos parâmetros de normalidade e para que a mulher se adapte às fases da gravidez.

Lowdermilk e Perry (2009) estão de acordo que a gravidez tem seu início a partir da concepção, ou seja desde o momento da união entre óvulo e o espermatozoide. Assim a concepção é definida por Sadler (2019) como o processo por o qual, os gâmetas masculino e feminino se fundem, numa zona especifica denominado ampola uterina.

Inicialmente falou-se que a gravidez tem um percurso de 40 semanas, e este acontece quando baseado na regra de Nagele, no qual segundo Lowdermilk e Perry (2009), usa-se a data da última menstruação e assim a duração da gravidez seria de 40 semanas, 9 meses ou 280 dias.

Numa perspectiva diferente Zugaib (2012) fala que se tomada como referência a data da última menstruação, esta na verdade precede a concepção propriamente dita, pois, a ovulação ocorre após cerca de 2 semanas da data da última menstruação. Assim seriam contabilizadas 266 dias ou 38 semanas.

1.3 Manifestações e alterações que ocorrem durante o desenvolvimento da gravidez

Após dar a concepção, ou seja, após o espermatozoide ir de encontro com o óvulo da mulher, começa-se a ocorrer grandes manifestações, e o primeiro acontecimento é marcado pela formação do denominado Zigoto.

O zigoto vai duplicando as suas células segundo Nassif (2012) até chegar no dia 6-7 dia do pós-fecundação no qual este chega na cavidade uterina e assim o zigoto passa a ser denominado também por Blastocisto, no qual ocorre a nidação. Este fenómeno de nidação faz com que os vasos sanguíneos do endométrio sofram uma erosão e assim algumas mulheres têm uma ligeira perda de sangue.

A denominação Zigoto dura para Lowdermilk e Perry (2009), desde a concepção até o 14º dia, dentro deste intervalo ocorre os processos de reprodução de células, formação do blastocisto, desenvolvimento das membranas embrionárias (córion, âmnio, saco vitelino...) e o estabelecimento das camadas germinativas primitivas (Endoderma, mesoderma e ectoderma).

A partir do 15ª dia passa a ser denominado embrião e este período dura até a oitava semana gestacional. Intervalo este que ocorre o desenvolvimento dos sistemas e das características externas, e por se tratar de um período que ocorre uma rápida divisão celular, o embrião está mais vulnerável a malformações por agentes teratogénicos. Com o término desse período, já estarão presentes todos os sistemas orgânicos e estruturas externas, e assim o embrião passa a ser indubitavelmente um ser humano (Lowdermilk & Perry 2009).

1.3.1 Aspectos psicossociais envolvidos no período gravídico

A gravidez requer uma reestruturação em vários aspetos, desde a definição do novo papel da mulher, assim como também a definição do novo papel marido agora pai. Segundo Maldonado (1985) isto pode acarretar desestruturação para o relacionamento do casal, com grande importância no firmamento da gravidez, iniciando o vínculo pais/filhos, ou seja, o início para o equilíbrio familiar. Segundo o mesmo autor nessa fase pode haver conflitos importantes entre o anterior papel quer da esposa ou marido, misturando com o de mãe/pai e que emocionalmente essas questões comprometem seriamente a libido.

A mulher precisa passar por um processo de identificação com o novo papel social, e esta identificação para Lowdermilk e Perry (2009) vai depender de mulher para mulher, pois há mulheres que estão altamente motivadas para serem mães que isso vai interferir na aceitação precoce da gravidez e na eventual adaptação à maternidade, sendo mais fácil trabalhar com esse grupo e levar a criação de ideias otimistas e positivas que serão úteis no momento do parto.

Já outras mulheres parecem dar pouco significado a este novo papel social, gerando vários conflitos e indecisões, este é um grupo que merece uma especial atenção por parte dos enfermeiros e outros profissionais, para tentar o mais precocemente possível despertar na mulher o sentimento de identificação desse novo papel e a motivação necessária para trabalhar com suas próximas expectativas (Lowdermilk & Perry, 2009).

No entender de Ballone (2008) emocionalmente a mulher pode não se sentir atraente ou feminina, diminuindo com isto sua autoestima. Pois para ela pode ser conflituante estar num momento culturalmente considerado divino e, ao mesmo tempo, não estar gostando de si mesma.

Após a percepção da gravidez, a mulher entra no que Maldonado (1985) chama de fase de ambivalência afetiva, que seria: estar ou não estar feliz, querer ou não querer a gravidez, aceitar ou não aceitar. Sendo essa fase o início de grandes transformações interpessoais e intrapsíquicas, aceitação familiar, entre outras. Tudo isso é gerado pela responsabilidade de gerar e manter uma vida, medo da ocorrência de problemas congênitos, apreensões em relação às prováveis modificações da estética corporal, entre outros.

Enfim, estes sentimentos desviam para o lado negativo na construção de expectativas. Trata-se de um conjunto de descargas sentimentais que fazem com que a mulher interioriza sentimentos negativos para o desenrolar da gravidez.

Baptista e Baptista (2015) complementa afirmando que inclusive pode haver desencadeamento ou a exacerbação de sintomatologia depressiva, podendo apresentar sintomas como ansiedade, baixa concentração, irritabilidade, mudança no apetite, insônia e hipersônia.

Zugaib (2012) também partilha essa mesma opinião e afirma que o período gravídico é a fase de maior incidência de transtornos psíquicos na mulher, com uma intensidade de alterações psicológicas relacionada a fatores familiares, conjugais, sociais, culturais e da própria personalidade da gestante. Ele defende que 25% a 35% das mulheres desenvolvem sintomas depressivos na gestação.

Défices de apoio emocional durante a gestação e inexistência do suporte familiar, também é visto como fator indicativo para alterações psicológicas conforme enfatizam Vieira e Parizotto (2013).

Vale ressaltar que este suporte familiar é um ponto crucial para a identificação e aceitação da gravidez por parte da gestante e importante também no desenvolvimento de sentimentos de confiança para levar a gravidez a diante, motivação para seguir as consultas pré-natais e encorajamento quando da participação do acompanhante no momento do parto, que com certeza favorecerá para uma boa experiência de parto.

As características socioculturais e económicas dos familiares envolvidos neste período também são importantes.

A baixa renda pode ser no entender de Alencar (2009) uma variável com ação direta sobre os desfechos em saúde, uma vez que determina a possibilidade de acesso a bens e serviços essenciais.

Condições socioeconômicas maternas desfavoráveis como baixa renda, baixa escolaridade e carência nutricional têm sido associadas a maior prevalência de bebês com defeitos congênitos (Xavier, Jannotti, Silva & Martins, 2012). Tal associação permite interligar a baixa renda familiar a complicações durante o pré-natal e o próprio parto, e consequentemente a vivência negativa da experiência do mesmo.

Na ótica de Lowdermilk e Perry (2009) a família age em união como sendo a principal unidade económica em termos de gastos tomados e a assistência prestada. Além disso, os autores afirmam que as crenças culturais e as práticas acerca da gravidez estão em conformidade com as estruturas económicas, religiosas, de parentesco e políticas. Assim, todas as culturas têm normas de comportamento e expectativas para cada estágio do ciclo perinatal, e estas normas e expectativas relacionam-se com a visão que cada cultura tem em relação ao modo como as pessoas se mantêm saudáveis e previnem doenças.

Fatores como a profissão quer da mulher como do marido (um salário que lhes permita estabilidade para aquedar com os custos da gravidez e do bebé), habilitações académicas, estado civil (o casal vive junto? Estão felizes com a espera do filho?) e raízes étnicas e culturais também são fatores de grande influência na forma como se encara a gravidez e devem ser levados em conta desde os primeiros contatos pré-natais.

Os fatores étnicos-culturais terão forte impacto em todo o processo gravítico e inclusivo no próprio momento do parto, pois assim como a cultura influencia o comportamento das pessoas, a estrutura e dinâmica familiar, a forma de vestir, ela também exerce forte influência na própria percepção e tolerância da dor quando chegado o momento do parto.

1.3.2 Aspectos fisiológicos envolvidos no período gravídico

As alterações do ponto de vista fisiológicas, ocorrem nos mais variados órgãos e sistemas do organismo, sendo considerados reajustes fisiológicos que começam desde a primeira semana e progridem no decorrer da idade gestacional.

Tais alterações são necessárias para que se tenha um desenvolvimento dentro dos parâmetros de normalidade, por esse motivo, é do parecer de Zugaib (2012), que o conhecimento das alterações fisiológicas do organismo materno no período gestacional é de importância fundamental para a boa prática obstétrica, de modo que seja possível reconhecer possíveis desvios da normalidade.

Este ainda considera que conhecendo as alterações gravídicas fisiológicas, é possível prever os momentos de descompensação clínica e, assim, antecipar-se em relação aos cuidados necessários para a gestante (Zugaib, 2012).

No fim ao cabo, as alterações fisiológicas são reconhecidas como sinais e sintomas da gravidez, que começam após a nidação do ovo humano, na qual este vai precisar adaptar-se ao meio interno, causando alterações significativas no organismo da grávida Queros (2012).

Tais alterações, que de certo modo vem acompanhadas de queixas por parte das grávidas, é fundamental esclarece-las durante o pré-natal de forma que saibam que estas alterações são típicas deste período gravídico, com vista a evitar consultas desnecessárias.

Na tabela 4 estão apontadas as alterações fisiológicas do organismo materno à gravidez e as consequentes queixas das gestantes segundo Zugaib (2012).

Tabela 4

Alterações fisiológicas na gravidez e principais queixas

Sistemas	Alterações	Queixas
Circulatório	Aumento volume sanguíneo, alterações cardiovasculares, Metabolismo do ferro, etc.	Varizes.
Endócrino	Tiroide, hipófise, adrenal, ovários, pâncreas	Sonolência, Náuseas.
Tegumentar	Angiogênese, hiperpigmentação (altos níveis de progesterona leva a secreção exagerada de melanotrófico), distensão da pele no abdómen, mamas e quadril.	Cloasma, estrias, <i>linha nigra</i>

Esquelético	Mudança no centro de gravidade, Hiperlordose, hipercifose, compressão de raízes cervicais que originam os nervos ulnar e mediano.	Lombalgia, parestesias de extremidades superiores, edemas de extremidades inferiores
Digestivo	Hiperestimulação do nervo Trigêmeo e vago, hipertrofia e hipervascularização gengival. Relaxamento do esfíncter esofágico	Náuseas, vômitos, sangramento da gengiva, sialorreia, pirose, obstipação, hemorroidas
Respiratório	Elevação do volume corrente de Oxigénio, hipervascularização da mucosa nasal	Dispneia, aumento do esforço respiratório

Na visão de Zugaib (2012), as modificações gravídicas sistêmicas são manifestações da presença fetoplacentária e das diversas adaptações a nível circulatório, endócrino e metabólica do organismo materno sobre os diversos órgãos e sistemas. Assim, refletem basicamente alterações que podem ser mecânicas, em razão da presença anatômica do feto e de seus anexos.

Queroz (2012) aponta como queixas mais relatadas pelas grávidas a Sialorreia, as náuseas e vômitos, a obstipação, e a pirose.

Entendendo que por serem muitas relatadas, é importante o enfermeiro estar ciente das causas científicas por detrás destas queixas, clarificar sempre a grávida sobre que condutas adotar para minimizar estes desconfortos fazendo ela sentir ter uma participação ativa durante este período. Assim encontram-se a seguir enunciadas algumas das razões por a mulher ter estes desconfortos.

- Sialorreia

Delascio e Guariento (1981), acreditam que a saliva é produzida em quantidades normais, mas que ela é rejeitada por motivos psíquicos ou químicos, e aponta como uma dessas causas a elevação dos níveis de estrogénio.

Para Zugaib (2012) a hipersalivação durante a gestação pode ser secundária à estimulação das glândulas salivares pela ingesta de amido, assim como também defende que pode ter um componente psicossomático na causa.

- Náuseas e vômitos

Para Zugaib (2012) náuseas e vômitos são queixas bastantes comuns na gravidez, cerca de 75% das gestantes apresentam esses sintomas, sendo bastante comum na primeira metade da

gestação, usualmente permanecendo até 16 semanas gestacionais. O mesmo acredita que isto esteja relacionada à elevação súbita dos níveis de Gonadotrofina Coriônica Humana (HCG) e estrógeno.

Queroz (2012), defende que estes são mais intensas pela manhã, ao acordar, ou após período de prolongado jejum, e que são decorrentes de fatores fisiológicos baseados na alteração hormonal. O autor afirma ainda que alguns fatores podem contribuir, como; crescentes de HCG, redução da motilidade gástrica, alterações metabólicas, baixo nível de açúcar no sangue e pressão baixa.

- Doença hemorroidária e obstipação

Na perspectiva de Zugaib (2012), a doença hemorroidária está relacionada ao aumento da pressão nas veias retais pela obstrução do retorno venoso causado pelo aumento uterino e pela constipação.

Para Lowdermilk e Perry (2009), o aumento da progesterona condiciona a perda de tônus muscular e diminuição do peristaltismo, assim produz-se um aumento da absorção da água pelo cólon, conduzindo à obstipação. O mesmo defende que a obstipação tem outras causas associadas, como distensão abdominal provocando compressão nos intestinos, alterações dietéticas e pouca ingestão de líquidos.

Queroz (2012), partilha a mesma opinião que Lowdermilk e Perry e complementa afirmando que a diminuição dos padrões de evacuação contribui para a formação de hemorroides, devido ao endurecimento das fezes que geram dificuldades para evacuar e, ao fazer força para defecar, aumenta a pressão nas veias da região do ânus.

- Pirose

Para Zugaib (2012), este fenómeno decorre do refluxo de conteúdo gástrico na porção baixa do esôfago, resultado da compressão uterina sobre o estômago e do relaxamento do esfíncter inferior esofágico.

Lowdermilk e Perry (2009), afirmam que pela elevada produção de progesterona, há uma diminuição do tônus e motilidade dos músculos lisos, assim ocorre o refluxo gastro-esofágico, aumento do tempo de esvaziamento gástrico e peristaltismo retrogrado, originando consequentemente a pirose.

O enfermeiro deve estar atento a quando da intensidade destas queixas resultantes da adaptação materna e quando haja desvios do padrão normal, este deve sempre traçar um plano de cuidados. Isto permite mediante esclarecimentos tranquilizadoras, aliviar de certa forma a ansiedade, a agustia e melhorar o conforto da gestante. Uma gestante com uma literacia em

saúde rica, tem esclarecido que medidas adotar para reduzir essas queixas, sente uma participação ativa e encara a gravidez de forma mais natural possível.

1.4 Assistência de enfermagem na gravidez

O enfermeiro é o profissional que lida de mais perto com mulher nesse período gravítico, sendo assim o sucesso deste período vai depender também muito da postura e atuação do enfermeiro mediante as consultas pré-natais, da forma com este atende às expectativas da gestante, fazendo com que aconteça uma relação de confiança e troca entre o profissional de enfermagem e a gestante, preconizando sempre uma assistência de qualidade.

Assim então, como mencionado, uma das ferramentas utilizadas para a criação de expectativas e o sucesso das mesmas, é a consulta de pré-natal, que segundo Rocha e Andrade (2017) tem como objetivo principal o acompanhamento à gestante, caracterizando-se em um momento de aprendizado para ela e sua família, sendo preconizado por um profissional habilitado e capacitado que dê suporte à gestante.

1.4.1 Consultas de vigilância pré-natal

O cuidado pré-natal foi concebido no início do século XX segundo Cunningham, *et al.*, (2016) com o objetivo de reduzir a taxa de mortalidade materna extrema. Os mesmos autores afirmam que em 2001, foram realizadas nos E.U.A cerca de 50 milhões de consultas de pré-natal. A média foi de 12,3 consultas por gestação, e muitas gestantes tiveram 17 ou mais consultas.

Em Cabo Verde, segundo o Ministério da Saúde e Segurança Social em 2017 foram captadas 10 154 grávidas sendo que 8 529 realizaram pelo menos 4 consultas pré-natais. Somente em São Vicente 1193 grávidas realizaram as 4 consultas, sendo que no total foram captadas 1372 grávidas.

Segundo a OMS em 2015, 2,6 milhões de bebês foram natimortos e 303.000 mulheres e adolescentes morreram de complicações relacionadas à gestação e ao parto. O mesmo afirma que estas mortes poderiam ser evitadas se as gestantes tivessem acesso ao atendimento pré-natal (APN), pois 60% dos natimortos (1,46 milhões) ocorreram durante o período de pré-parto e, principalmente, devido a infecção materna não tratada, hipertensão arterial e crescimento fetal insatisfatório. Todas estas complicações podem e devem ser diagnosticadas durante as consultas pré-natais, pois a assistência pré-natal deve embasar-se na prevenção e identificação precoce ou no tratamento específico das gestantes classificadas como de risco ou alto risco.

Para Nassif (2012) o controlo pré-natal inclui ações da equipa de saúde destinadas á mulher grávida com o intuito de diminuir os riscos do processo de gestação e oferecer uma adequada preparação para o parto.

Tanto Zugaib (2012), como Montenegro e Filho (2013), afirmam que o objetivo principal destas consultas pré-natais é assegurar o nascimento de uma criança saudável, reduzindo tanto quanto possível os riscos para a mãe.

Sabendo que o principal objetivo desta vigilância é assegurar o nascimento de uma criança saudável atendendo aos interesses maternos e fetais, mas para que este seja alcançados é da visão de Montenegro e Filho (2013), que são necessários alguns componentes envolvidos:

- a) Avaliação precoce da idade gestacional;
- b) Estratificação do risco gestacional;
- c) Avaliação continua do bem-estar materno e fetal;
- d) Identificação de problemas e intervir para prevenir ou minimizar morbididades;
- e) Educação do utente, aprimorando o cuidado e a qualidade de vida.

No entender de Ferreira *et al.*, (2013) as expetativas relacionadas ao parto, baseiam-se muito nas informações recebidas pela mulher e na forma como essas informações são dadas.

Assim sendo, a gestante deve beneficiar de uma assistência qualificada, mediante transmissão de conhecimentos por parte de enfermeiros enriquecendo a sua literacia, uma vez que quando melhor informada é a gestante, mais bagagens científicas ela tem a seu dispor para fazer as melhores escolhas face ao sucesso do seu parto.

Nesse contexto, o pré-natal tem papel central na construção das expetativas das gestantes, visto que deve ser um espaço para o compartilhamento de dúvidas e oferta de informações.

Riosl e Cunha (2007) defendem que a realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal é muito importante, mas é no pré-natal que a mulher deverá ser melhor orientada para que possa viver o parto de forma positiva, ter menos complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação.

Assim Cunningham, *et al.* (2016) traçaram alguns objetivos cruciais a ser alcançados com as consultas pré-natais:

- a) Definir o estado de saúde da mãe e do feto;
- b) Estimar a idade gestacional;
- c) Iniciar o plano de cuidado obstétrico contínuo.

O período pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade e, como tal, é um momento de intenso aprendizado e uma oportunidade para os

profissionais de saúde desenvolverem a educação como principal instrumento do processo de cuidar.

Segundo Ministério da Saúde e Segurança Social de Cabo Verde (2018) as consultas de seguimento pré-natal devem obedecer uma ordem em conformidade com o número de semanas de gestação. Assim sendo respetivamente, a primeira consulta deve ser realizada antes de completar 12 semanas de gestação, seguido da próxima consulta á 20^a, 26^a, 30^a, 34^a. Após a 34^a semana as consultas passam a ser realizadas quinzenalmente e consoante foram avançando as consultas assim são solicitados alguns exames complementares que podem ser visualizadas em mais detalhes no apêndice A.

1.4.2 Educação para a saúde na gravidez e na preparação para o parto

Educação para a saúde é definida como “todas e quaisquer combinações de experiências de aprendizagem concebidas para ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através do aumento do seu conhecimento, ou influenciando as suas atitudes” (World Health Organization, 1998 citado em Ribeiro, 2015, p. 4).

Assim educação para Saúde na gravidez, consiste em transmitir um leque de aprendizado que visa atuar na melhoria da qualidade de vida e capacitar as grávidas para uma participação ativa neste processo gravídico.

Martins (2011) fala que as consultas de vigilância pré-natal são um espaço adequado para preparar a mulher de forma positiva para a gravidez, para o parto e para a maternidade. Reforça a sua ideia dizendo ainda que a educação para a saúde é uma das intervenções mais valorizadas no decorrer das consultas de vigilância pré-natal, uma vez que os enfermeiros no seu estudo realizado, salientaram o esclarecimento de dúvidas e o “conhecimento dos saberes” das utentes como fatores que levam a perceber como a grávida se comporta e como percebe o significado da gravidez.

Complementando a ideia, Baptista, Dutra, Coura, e Sousa (2015) no seu artigo publicado demonstraram que em Paraíba no Brasil, os principais temas de educação para a saúde feitas durante as consultas pré-natais por parte dos enfermeiros são: Aleitamento materno, alimentação da gestante, modificações corporais e emocionais, sinais e sintomas do parto, atividade sexual, cuidados com o recém-nascido, doenças sexualmente transmissíveis, tipos de parto e risco, importância do exercício físico, uso de medicamentos e a participação do pai durante a gestação.

Os enfermeiros devem aproveitar e usufruir desse espaço das consultas pré-natais para usar aquela que é sua melhor ferramenta nos cuidados primários de saúde: Informação

Educação e Comunicação (IEC). A IEC é a ferramenta ideal para preparar a mulher na criação de expectativas positivas e para o cultivo de boas práticas para o sucesso da gravidez parto e pós-parto.

Em Cabo Verde segundo o Ministério da Saúde, os temas propostos são semelhantes ao constatado por Baptista *et al.* (2015), sendo estes abordados segundo o intervalo de semanas de gestação na seguinte ordem:

- a) <12 Semanas: Seguimento das consultas pré-natais; Queixas gravídicas frequentes; Sexualidade segura e infeções sexualmente transmissíveis (IST); Sexualidade durante a gravidez; Tabagismo; Álcool e outras drogas; Higiene pessoal; Nutrição e vacinação da grávida.
- b) 25-27 Semanas: Sexualidade segura e IST; Sexualidade durante a gravidez; Tabagismo; Álcool e outras drogas e Nutrição.
- c) 31-33 Semanas: Planeamento familiar; Preparação para o parto; Seguidamentos pós-natal; Aleitamento materno e Seguimento da criança.
- d) 36-38 Semanas. Os mesmos temas do intervalo 31-33

Vale enfatizar intervalo compreendido entre 31-38 semanas, uma vez que é neste intervalo que se focaliza a atenção no que toca á preparação para o parto, e aqui as informações tendem a estar direcionadas para o trabalho de parto e parto com a finalidade de preparar as gestantes para vivenciar deste período da maneira, mas positiva e repleta de sentimentos de confiança, encorajamento e a máxima redução do medo e a ansiedade.

Uma boa estratégia a adotar neste período segundo Brito, Silva, Barreto e Lima (2015) são as discussões em grupo e as dramatizações como facilitadores de troca de experiências, entendendo ser uma forma de complementar o atendimento realizado nas consultas, melhorar a adesão das mulheres aos hábitos saudáveis, diminuir ansiedades e medos relativos ao trabalho de parto e ao período puerperal assim como contribuir para o sucesso da amamentação.

É do entender de Brito, Silva, Barreto e Lima (2015) que essas ações educativas desenvolvidas, não servirão somente para o momento em questão, mas também irão enriquecer as experiências das gestantes, e serão utilizadas e memoráveis por toda vida da gestante.

A partir dessa semana de 31-38 semanas, conteúdos importantes devem ser trabalhados como, informações sobre o processo de parturição (como ocorre, as fases e períodos envolvidos, o momento ideal para recorrer ao serviço da maternidade, como identificar os sinais de trabalho de parto...), o que deve conter na bolsa do bebé e da mãe para quando chegar o momento de ir á maternidade, as condutas de rotina na sala de parto, entre outros conteúdos.

É ainda um fato muito relatado por vários autores, a possibilidade da gestante fazer uma visita ao serviço onde ocorrerá o seu parto como forma desta ir familiarizando com o local. Representa uma expectativa para muitas gestantes e seria um acontecimento interessante para as primíparas, uma vez que este evento vai ser vivenciado pela primeira vez e a primípara jamais teve qualquer contacto com um serviço de maternidade.

Os cursos de preparação para o parto e parentalidade segundo várias referências bibliográficas, também são uma grande oportunidade para a troca de experiências e transmissão de saberes e conhecimentos, que apoia a mulher e a família no sentido de gozarem de uma gravidez saudável e ter uma maior participação e satisfação no trabalho de parto, parto e puerpério, pois estes cursos consistem na redução da ansiedade, empoderar as grávidas, informar e retirar dúvidas, auxiliar com métodos que visam a redução da dor associado ao parto, entre outras.

Em conformidade com a ideia, Couto (2006) afirma que as grávidas que frequentam as aulas de preparação para o parto apresentam maior conhecimento dos procedimentos a ter, tais como a respiração e o relaxamento para auxiliar a mulher a controlar as dores das contrações uterinas. Ademais, os cursos de preparação, encorajam as grávidas a uma participação ativa em todo o processo de parto.

Assim ficou demonstrado por Morgado, Belém, Pacheco e Nogueira (2010) num estudo realizado a 69 grávidas puérperas primíparas. Concluíram que as grávidas que frequentaram no mínimo 4 sessões de preparação para o parto, apresentavam um melhor planeamento face ao momento do parto, esperavam sentir menos dor durante o mesmo, treinaram métodos de respiração e relaxamento e esperavam demorar menos tempo no processo do parto. Assim pode-se afirmar que esses cursos preparatórios contribuem e de que maneira para criação de expectativas positivas e vivência de uma experiência positiva face ao parto, mas infelizmente na ilha de São Vicente não dispõem de nenhuma entidade que preste este serviço.

Várias referências falam sobre a importância e os benefícios que o curso de preparação tem para o desfecho final gravidez e de que forma contribuem para uma experiência de parto positivo. Neste sentido Souto (2013) menciona alguns estudos feitos por outros autores e as conclusões que estes chegaram.

Tabela 5

Evidências científicas sobre a importância dos cursos de preparação para o parto

Gagnon (2000)	O principal motivo para as mulheres frequentarem a preparação para o parto foi reduzir a ansiedade durante o trabalho de parto.
---------------	---

Baglio <i>et al.</i> (2000) Spinelli <i>et al.</i> (2003)	As sessões de preparação para o parto aumentam o conhecimento e as competências das grávidas e podem ser uma defesa para uma excessiva medicalização do trabalho de parto.
Koehn (2008)	As sessões de preparação para o parto revelaram benéficas pela possibilidade de definir e esclarecer o processo de trabalho de parto e ajudar a mulher na preparação para se tornar uma mãe.
Morgado <i>et al.</i> (2010)	As grávidas que frequentaram a preparação para o parto planearam e prepararam o parto de forma mais positiva, consideraram a respiração e o relaxamento técnico úteis, sentindo-se mais confiantes em termos de conhecimento dos procedimentos relativos ao trabalho de parto.

Fonte: Copiado de: O trabalho de parto: um evento crítico na transição para a maternidade, de S.P Souto 2013, p.23.

1.5 A mulher no trabalho de parto e parto

Chegado no momento do parto, a mulher já deve ter clara nesta altura, como identificar o início do trabalho de parto, os itens necessários para levar consigo à maternidade e como ocorrerá todo o processo daqui a diante.

O processo do parto é dividido em 2 fases, muitos autores o delimitam em fase latente e fase ativa. Lowdermilk e Perry (2009) são defensores desta divisão, e para eles na fase latente verificam-se progressos no que tange o apagamento do colo uterino, mas pouco no que tange a descida fetal.

Numa outra perspetiva, Zugaib (2012) fala que na fase latente há contrações, mas, contudo, não determinam modificações significativas na dilatação cervical, tendo a gestante dilatação em torno de 0,35 cm/h.

Para Lowdermilk e Perry (2009) a duração da fase latente na primípara é de em média 3,3 horas não podendo exceder 19 horas, nas gravidezes subsequente não ultrapassa 14 horas.

Já para Zugaib (2012), esta fase latente normalmente dura 8 horas, mas é também da opinião de que a fase latente é considerada prolongada quando ultrapassa 19 horas em primíparas e 14 em multiparas.

A outra fase, a ativa, segundo Zugaib (2012) normalmente se inicia com dilatação cervical de 4 cm até atingir os 10 cm e dura em média 6 horas nas puérperas primíparas, e 3 horas nas múltiparas.

O Partograma Nacional, elaborado pelo Ministério da Saúde (2005), define o início da fase ativa quando a dilatação cervical atinge 3 cm, e que a evolução cervical evoluirá 1 cm/hora.

Sendo que o tema da investigação está á volta do parto normal, é de afirmar que este tipo de parto é o que se espera ser o desfecho natural de uma gravidez. Trata-se de um tipo de parto na qual a recuperação é mais rápida e não implica qualquer tipo de procedimento invasivo.

A via de parto mais indicada sempre foi a do parto normal e segundo Castelo e Xavier, (2011) o parto é considerado normal quando inicia espontaneamente entre 37 e 42 semanas de gestação. Não requer utilização de qualquer técnica invasiva e é o mais aconselhado caso não ocorra nenhum problema com a mãe ou com a criança que inviabilize esse tipo de nascimento.

Outra definição do parto normal, é entendimento com;

“Aquele parto de uma gestante sem fatores de risco durante a gestação, que se inicia de forma espontânea entre as semanas 37 e 42 e que após uma evolução fisiológica da dilatação e o parto, termina com o nascimento de um recém nascido normal que se adapta de forma adequada á vida extrauterina.” (Galiano, 2013, p.22 , tradução própria)

Chegado o momento do trabalho de parto e parto, é do parecer de Cecatti e Serruya (2001), que a vivência que a mulher terá neste momento poderá ser prazerosa, positiva ou negativa, traumática ou não, tudo a depender de uma série de condições, desde aquelas intrínsecas à mulher e à gestação (idade, experiência em partos anteriores, relatos de mulheres que lhe são próximas), até aquelas diretamente relacionadas ao sistema de saúde (assistência pré-natal no preparo físico e emocional para o parto e a assistência ao parto propriamente dita).

Para a mulher o parto sem dúvida é um momento importante e que será recordada nos mínimos detalhes, é o momento no qual finalmente, após aproximadamente 40 semanas, dá-se o encontro entre a mãe e o filho.

Segundo Lopes *et al.* (2009), para a mulher o parto é o momento de se deparar com o bebê real, e separar-se com o do tão sonhado bebê imaginado e idealizado durante a gravidez.

No entender de Cecatti e Serruya (2001), o diagnóstico do trabalho de parto é marcado pela presença das seguintes condições:

- a) presença de contrações uterinas em intervalos regulares, que vão progressivamente aumentando com o passar do tempo, em termos de frequência e intensidade, e que não diminuem com o repouso;

- b) Apagamento e dilatação progressivo do colo uterino.

Montenegro e Filho (2013, p.241), afirmam que “cl clinicamento o parto está associado ao desenvolvimento de contrações dolorosas e rítmicas, que condicionam a dilatação do colo uterino; arbitrariamente, considera o início do trabalho de parto quando a dilatação cervical chega a 2cm”.

O mesmo complementa dizendo que, o início do trabalho de parto é marcado por um conjunto de fatores que ele denomina como uma Síndrome, pois os elementos que a compõem não têm isoladamente valor absoluto e somente o conjunto deles garante a precisão (Montenegro e Filho 2013).

Segundo os autores são considerados:

- a) Contrações rítmicas (minino 2 em 10 minutos, com duração de 50 a 60 segundos);
- b) Dilatação de 4-5 cm com colo apagado;
- c) Perda do tampão mucoso, que denuncia o apagamento do colo.

Uma vez iniciada o real trabalho de parto, todo o processo de agora a diante será dividida em 3 estádios, sendo que alguns autores já falam na existência de um quarto estágio.

Zugaib (2012), Cunningham, et al. (2016) e Montenegro e Filho (2013), ambos defendem que clinicamente o trabalho de parto se divide em 3 periodos que são:

- a) Apagamento e dilatação cervical;
- b) Expulsão fetal;
- c) Separação e expulsão da placenta.

O quarto período que outrora referida, é defendida por alguns autores como sendo a fase compreendida na primeira hora imediatamente á expulsão da placenta, pelo fato de ser uma fase de risco imanente para a paciente.

Zugaib (2012) defende que o período do apagamento e dilatação dura até 12 horas nas puérperas primíparas e 7 horas nas múltiparas. Respetivamente o período expulsivo pode levar em até 2 horas nas primíparas e 1 hora nas múltiparas, mas este tempo em média varia aproximadamente 5 a 20 minutos.

Durante a passagem do feto pelo canal do parto, há um conjunto movimentos e fenômenos que aí ocorre e que recebe o nome de Mecanismo do parto.

Montenegro e Filho (2013) de forma simplificada divide este mecanismo em insinuação, descida e desprendimento.

Zugaib (2012), em contrapartida divide-o em, **Insinuação** que é a passagem do maior diâmetro da parte apresentada, perpendicular à linha de orientação fetal pelo estreito superior

da bacia materna; **Descida** que é o momento definido pela passagem do polo cefálico do estreito superior para o estreito inferior da pelve materna; **Rotação interna** que é fazer coincidir o diâmetro ântero-posterior do polo cefálico com o maior diâmetro da bacia materna; **Desprendimento cefálico** que é a descida final da cabeça fetal em posição occipitopúbica; **Rotação externa** que consiste em levar o occipício para o lado materno que ocupava no interior do canal de parto e finalmente **Desprendimento do ovoide córmico** ou desprendimento do corpo que é a exteriorização das cinturas escapular e pélvica do feto.

A fase final ou a expulsão da placenta, leva aproximadamente 10 minutos em 80% dos casos, podendo no máximo demorar 30 minutos. De ressaltar que este tempo é relativo, pois depende da resposta do próprio corpo da parturiente, de como o processo é conduzido e da assistência prestada.

Gonzaga e Nascimento (2017) afirmam em seu estudo que o parto é acima de tudo um verdadeiro ritual de iniciação de uma passagem, não somente para a mulher que agora é mãe, mas para toda a família e o próprio recém-nascido que deixa a vida intrauterina no momento em que ele está preparado para vir ao mundo.

1.6 Expetativas em relação ao Parto

Este tópico explora o que vários autores concluíram ser as expetativas e sentimentos que a generalidade das mulheres esperam e antecipam relativamente ao momento do trabalho de parto e parto.

A palavra Expectativa provém do latim *expectātum* (aguardado ou em vista). É a esperança ou o desejo de conseguir ou de realizar algo. Está associada à possibilidade razoável de que algo venha a acontecer, mas para tal tem de haver em regra geral, algo que as sustente (Dicionário de Português online, 2017).

No campo da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, fala-se nas expetativas que mulher tem sobre aquilo que será a experiência de trabalho de parto. Ou seja, são pensamentos que antecipam o momento do parto, mas que a gestante interioriza como acontecimentos que espera

São múltiplas as expetativas das mulheres em relação à sua experiência de trabalho de parto e parto, e essas são o resultado dos encontros do quotidiano pessoal com as orientações recebidas por parte dos enfermeiros e outros profissionais.

É durante todo o período gravídico que a mãe constrói expetativas relativamente ao modo como espera que seja a sua experiência de parto. Assim, cabe aos enfermeiros ao identificar as crenças, os medos, os anseios das grávidas sobre o parto ao longo das consultas

pré-natais, contribuir para a criação de expectativas positivas, pois esclarece as dúvidas, os riscos, os benefícios, diminui a ansiedade e assim as grávidas se sentirão seguras e confiantes e conseqüentemente criação de expectativas positivas face ao processo gravídico e ao momento do parto.

Um fato realista é que as mulheres quando mais bem preparadas para o trabalho de parto e parto, mais propensas estão a ter expectativas realistas e positivas sobre os níveis da dor, experimentam menos emoções negativas como ansiedade, insegurança, medo e desenvolvem uma maior confiança, que a sua vez conduz à percepção de uma experiência mais positiva

Conforme realça Lopes, Donelli, Lima e Piccinini, (2005) a expectativa inicial do parto constitui um evento que perpassa todo o processo de gestação e puerpério, marcando profundamente a história das mulheres, e continua tendo repercussões posteriormente, sob a forma de lembranças e sentimentos que acompanham a mãe e marcarão profundamente a sua vida, seja pelas emoções positivas ou negativas experimentadas.

Dias e Deslandes (2006) são da opinião de que as principais expectativas das mulheres em relação ao momento do parto, estão a possibilidade de participação ativa nesses momentos, o autocontrole, além de conhecer o profissional que vai atendê-la, ter segurança acerca do apoio que receberá deste profissional e a expectativa de contar com um acompanhante.

Lopes, Donelli, Lima e Piccinini, (2005) examinando os achados do seu estudo concluíram que mais de metade das participantes referiu expectativas negativas em relação ao parto. Por outro lado, o mesmo não aconteceu a Lopes *et al.* (2009), na qual estes ao longo do estudo reportaram que prevaleceu expectativas positivas em relação ao parto e que no final de todo o processo, ou seja, no puerpério, as mulheres relataram a prevalência de sentimentos positivos e como consequência principal estava o alívio da dor durante o parto.

Como se observa nesses 2 estudos, os resultados foram distintos, numa prevaleceu expectativas negativas e em outra prevaleceu as positivas. A criação destas, dependerá do sucesso obtido das consultas pré-natais, do apoio da família e do companheiro, de influências socioculturais e da assistência prestada no momento do parto. A experiência só será vista como positiva, se esta for em conformidade com as expectativas previamente criadas.

A seguir enumera-se algumas das expectativas mais citadas segundo autores, nomeadamente o parto sem dor, o tipo ou via de parto, presença do acompanhante e a assistência prestada.

- Parto sem dor

Uma grande expectativa reportada por várias mulheres em várias obras científicas, é o de ter um parto sem dor.

Almeida, Medeiros, e Souza (2011) explicam que o parto é uma experiência tão antiga quanto a própria existência humana e que a mais remota explicação está contida na Bíblia Sagrada, no livro do “Gênesis” (3:16), onde Deus disse à mulher: “multiplicarei os sofrimentos de teu parto; darás à luz com dores...”

Na ideia de Figueiredo, Costa e Pacheco (2002) a dor no parto é um dos elementos mais recordado, sendo também memorizada pela maior parte das mulheres.

Complementando esse raciocínio Souto (2013) fala que o medo aumenta a experiência da dor, embora ele não descarta que a percepção da dor varie de sociedade e de cultura de cada mulher, mas não deixa de ser uma experiência reconhecida em todas as sociedades.

Para Oliveira *et al.* (2012) uma das principais expectativas das mulheres ao final da gestação é a intensidade da dor no trabalho de parto, pois a gestante pode não saber o sexo, a cor dos olhos ou dos cabelos de seu bebê, mas sabe quase com certeza que seu trabalho de parto produzirá alguma dor. Os mesmos afirmam, que a sensação de dor deve ser respeitada de acordo com seus limites e envolve necessidade de ajuda, apoio e confiança por parte dos profissionais que a cuidam nesse momento.

O avançar da medicina e das tecnologias, segundo afirma Almeida, Medeiros, e Souza (2011) definiu a forma como a sociedade moderna passou a dar significado ao parto normal e consequentemente a dor do parto gerando na mulher a crença de que as intervenções tecnológicas beneficiariam totalmente o processo parturitivo, até mesmo abolindo a dor, apontando o parto cirúrgico como uma das soluções para o problema da dor do parto normal.

Waldenström (2003) num estudo realizado a 2428 mulheres recrutadas no início da gravidez, procurou investigar o modo como as mulheres recordavam a dor sentida durante o parto e a percepção da experiência de parto no 2º mês do puerpério e um ano após o parto. Um ano após o parto, 35% das mulheres recordavam a dor de forma menos severa e 18% de forma mais severa.

É do parecer de Vieira e Parizotto (2013) que uma experiência de parto dolorosa pode levar a problemas psicológicos adicionais no pós-parto, como distúrbios emocionais, problemas na amamentação e uma necessidade extra de ajuda profissional após a alta hospitalar.

- Tipo de parto

O tipo de parto também é outro ponto em questão, pois muitas gestantes mediante relatos da rede social e informações recebidas nas consultas de pré-natal, constroem a expectativa de ter um parto pela via vaginal mediante ter recebido informações sobre todas as vantagens que esta via oferece.

Oliveira, Riesco, Miya e Vidotto (2002) são da opinião que a expectativa das gestantes quanto ao tipo de parto está relacionada à maneira como as informações sobre o assunto estão disponibilizadas e acessíveis, quer pela rede familiar, pela sociedade como também mediante as consultas pré-natais. O mesmo ainda nos diz que o desejo pelo parto vaginal é motivado pela expectativa de uma recuperação rápida e pelo receio de sofrer intercorrências na cesariana que poderiam prejudicar a saúde e o cotidiano no pós-parto.

Tedesco *et al.* (2005) num estudo a 40 primigestas, concluiu que a via de parto de preferência da maioria das mulheres foi o do parto vaginal, o que correspondeu a 90% das gestantes estudadas, e os principais motivos dessa escolha relatadas pelas gestantes foram:

- a) Praticidade deste procedimento;
- b) Medo do sofrimento e dor do pós-parto quando por cesárea;
- c) Conforto e segurança para o binômio mãe-filho;
- d) Melhor estética pela ausência de cicatriz;
- e) Atrapalha menos a vida sexual;
- f) Menos doloroso para a mulher.

A mesma preferência foi verificada em outro estudo realizado por Oliveira, Riesco, Miya e Vidotto (2002) em 221 puérperas primíparas, na qual foi significativamente mais frequente ter como expectativa o parto pela via vaginal, correspondendo a um total de 78,4% dessas puérperas primíparas.

A escolha pela via de parto muitas vezes sofre influências quer da rede social, como também pelo médico ou enfermeiro que acompanham a grávida, fato este foi constatado por Benute *et al.* (2013) na qual em 21 puérperas primíparas 9,2% referiram influência do médico obstetra na escolha da via do parto e os demais não especificaram a influência. Embora no contexto de Cabo Verde, as gestantes que fazem o acompanhamento no serviço público, a escolha pela via do parto ainda é algo não notório, talvez porque as grávidas desconhecem ou seus direitos ou alguma outra razão desconhecida.

O parto normal traz algumas vantagens, tanto para a mãe quanto para o bebê, e na percepção de Junior, Steffani, e Bonamigo (2013) inclui recuperação mais rápida, ausência de dor no período pós-parto, alta precoce, menor risco de infecção e de hemorragia, recomendando o parto por cesária somente nos casos de risco para a mãe ou o bebê.

- A presença do acompanhante familiar

De lembrar mais uma vez, a mulher na antiguidade sempre foi acompanhada por familiares ou pessoas de extrema confiança durante o momento do parto. Com o avançar do tempo, da medicina, das tecnologias, a mulher foi afastado do seu lar, e passou-se a ocorrer o

parto em instituições Hospitalares. Vários autores e estudos reconhecem a importância que tem a presença do acompanhante no trabalho de parto e parto, mas a sua aceitação ainda é motivo de discussão e negociação em várias estruturas Hospitalares.

Vaz e Pivatto (2014) num estudo realizado verificaram que a presença do acompanhante é considerada positiva uma vez que proporciona segurança, divide a emoção do parto, ameniza a dor e ajuda nos cuidados com a puérpera e o bebê. Assim a maioria das atividades realizadas pelo acompanhante está relacionada ao cuidado com o bebê e à transmissão de segurança, no âmbito dos aspetos psicossociais e emocionais. Os autores concluíram que esse acompanhamento teve grande impacto nas expectativas da puérpera, pois as atribuições esperadas foram maiores quando relacionadas com as atividades que o acompanhante realizou.

Vale ressaltar que o acompanhamento da equipe de enfermagem face á parturiente também faz-se ser crucial e deve ser frequente, como forma de incentivo e orientação tanto á parturiente como ao acompanhante.

Motta e Crepaldi (2005) em uma pesquisa realizada, ouvindo 10 parturientes constataram que a parturiente considera a presença de seu companheiro uma importante referência emocional e aponta que o apoio emocional fornecido pelo companheiro, que na maioria das vezes é o pai do bebê, é influenciado por sua disponibilidade e seus conhecimentos acerca da parturição.

Storti (2004) é da opinião que se na escolha do acompanhante for eleito o pai para o processo de nascimento, questões relacionadas á formação de vínculos familiares são reforçadas com o evento do nascimento.

Pinheiro (2011) partilha a mesma opinião afirmando que a presença do companheiro durante o nascimento, quando é escolha da mulher, transmite-lhe a segurança, o que lhe proporciona o bem-estar e favorece o vínculo familiar.

Storti (2004) no seu estudo, com base em relatos das parturientes constatou que a presença do acompanhante é vista também como uma alternativa para que elas não se sintam sozinhas no decorrer da hospitalização. Uma vez acompanhando o processo de nascimento, o papel do acompanhante é definido como suporte emocional, pois estar ao lado da parturiente já é uma forma dela encontrar forças para levar o trabalho de parto e parto de forma mais tranquila, diminuindo a ansiedade e ademais constitui uma importante forma da humanização do parto.

- Assistência prestada

De relembrar que o próprio termo “Obstetrícia” da palavra de origem *Obstare*, significa “estar ao lado”, ou seja, estar ao lado da parturiente e assim assisti-la durante todo o processo.

Quando se fala em assistência durante o trabalho de parto e parto, esta automaticamente liga-se com o conceito de Humanização dos cuidados, que remete a uma atenção que assenta no reconhecimento e respeito pelos direitos fundamentais das grávidas, recém-nascido e os próprios familiares.

Segundo Oliveira (2016) esses direitos incluem, o direito à informação; à escolha de pessoas e formas de assistência no parto; à preservação da integridade corporal e a assistência adequada à saúde das mães e recém-nascidos; o respeito ao parto como experiência altamente pessoal e familiar; o apoio emocional e social e a proteção contra abusos e negligências.

Para Oliveira (2016) estão incluídos na assistência prestada, suporte e apoio quer à mulher como ao seu companheiro e à família durante o trabalho de parto; suporte e apoio no momento do nascimento e na sequência da observação da mulher durante o trabalho de parto; monitoramento da condição do feto; avaliação dos fatores de risco; detecção precoce de problemas; realização de intervenções mínimas se necessário, e prestar cuidados ao bebê após o nascimento.

O apoio dos profissionais de enfermagem é um forte preditor da satisfação das mulheres com a experiência de trabalho de parto. Assim a Universidade Federal do Rio de Janeiro (2015) num protocolo estabelecido sobre assistência ao parto, agrupa a assistência de enfermagem no trabalho de parto e parto, em estágios correspondentes aos estágios do fenómeno do parto. A seguir encontra-se enunciadas algumas das importantes assistências de enfermagem necessárias nos diferentes estágios do parto.

No **primeiro estágio do parto** (apagamento e dilatação) são necessárias as seguintes assistências/intervenções de enfermagem.

- a) Estabelecer uma relação com a parturiente seus familiares;
- b) Informar a parturiente e seus familiares a progressão do trabalho de parto;
- c) Fornecer líquidos leves;
- d) Explicar todos os procedimentos durante o trabalho de parto;
- e) Monitorar os sinais vitais maternos;
- f) Monitorar os batimentos fetais;
- g) Estimular a parturiente a uma atitude ativa com movimentação e exercícios livres durante o trabalho de parto;

No **segundo estágio do parto** (Período expulsivo) as seguintes intervenções são necessárias;

- a) Preparar a mesa de parto usando técnica asséptica;

- b) Auxiliar a parturiente no posicionamento adequado;
- c) Preparar a Unidade de Calor Radiante e os materiais para receber o recém-nascido;
- d) Higienizar a área perineal;
- e) Fornecer incentivo positivo e frequente;
- f) Incentivar a respiração eficaz;
- g) Incentivar o aleitamento materno na primeira hora de vida

Para o **terceiro estágio** (separação e expulsão da placenta) é necessário por parte da equipa de enfermagem prestar as intervenções:

- a) Observar sangramento;
- b) Realizar a coleta do sangue do cordão para obter amostra de sangue a fim de realizar análises;

No entender de Oliveira (2016), uma assistência de qualidade, destina-se a humanizar o atendimento ao parto. Isto é verificado mediante certas atitudes que contribuem para uma boa conduta no trabalho de parto, como a permanência de um acompanhante de escolha da mulher, a implementação e utilização de métodos terapêuticos para alívio da dor (sendo estes não farmacológicos ou não invasivos, possibilitando um desenvolvimento natural do trabalho de parto), assim como respeitar o posicionamento mais confortável à mulher durante o trabalho de parto, e assim por diante procurar cada vez mais alcançar uma assistência de qualidade, já que este influencia e muito o sucesso da experiência de parto.

Tais expectativas criadas, serão cruciais no desenrolar do parto e chegada a essa hora elas poderão ser vistas como facilitadoras desde processo ou dificultadoras, e é neste sentido que a tabela abaixo referencia estes aspetos.

Tabela 6

Expectativas facilitadores e dificultadores da experiência de parto

Expectativas facilitadores da Experiência de Trabalho de Parto	Expectativas dificultadores da Experiência de Trabalho de Parto
<ul style="list-style-type: none"> • Presença da figura significativa durante o trabalho de parto • Apoio prestado pelos profissionais da saúde • Participação ativa nas decisões e percepção de controlo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de apoio dos profissionais da saúde • A não inclusão na tomada de decisões e percepção de falta de controlo sobre o trabalho de parto

<ul style="list-style-type: none"> • Momentos de interação entre mãe-filho após o nascimento • Dor experienciada menor, ao ponto de a mulher superar a dor de trabalho de parto • Trabalho de parto rápido • Realização somente de intervenções obstétricas necessárias ou desejadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dor experienciada maior que a dor esperada • Sensação de fracasso na capacidade de lidar com a dor de trabalho de parto • Trabalho de parto mais longo do que o imaginado • Realização de intervenções obstétricas desnecessárias ou não desejadas.
--	--

Fonte: Adaptado de: “O trabalho de parto: um evento crítico na transição para a maternidade”, de S. P. Souto, 2013, p.142

1.7 Parir em Cabo Verde

Por certo, Garcia (2015) num estudo realizado em Cabo Verde, ao retratar as experiências vividas pelas mulheres Cabo-verdianas na maternidade e no parto, concluiu que tais experiências tiveram influências de vários contextos, enfatizando o contexto da envolvimento social, da envolvimento da equipe e do contexto pessoal.

No seu estudo, a maior preocupação das mulheres Cabo-verdianas em relação às expectativa do parto é como ela será tratada pelos profissionais de saúde que irão assisti-la no trabalho de parto e parto. Pois segundo a investigadora, quando elas foram questionadas sobre qual eram as expectativas delas em relação ao seu parto, elas respondiam, logo a primeira, e em maioria absoluta, as seguintes frases: “Por acaso, eu fui bem tratada” ou “Eu fui muito maltratada”. O mesmo deixa claro que nem todas partilhavam essa mesma opinião, ademais os tempos agora são outros, e devido a carência de estudos da natureza, se houvesse estudos mais recentes, quem sabe os relatos poderiam ser distintos (Garcia 2015).

Desta forma a investigadora afirma que, “a experiência do parto é dominada por um clima de medo crescente para a parturiente: medo da dor, medo da morte ou do que pode acontecer a ela ou a seu filho, medo de ser maltratada” (Garcia, 2015, p. 77).

As mulheres ao optarem por um parto assistido por profissionais de saúde e não um parto domiciliar, é porque ela quer ter segurança seu lado que deve ser garantida pelos profissionais que a assistem e no entender de Garcia (2015) a mulher vai para maternidade para se sentir cuidada, receber uma assistência de qualidade, ter um profissional responsável do seu

lado dispensando-lhe total atenção. Coisa que segundo a autora não aconteceu às mulheres cabo-verdianas entrevistadas em seu estudo, pois muitas relataram experiência de abandono, frieza e excesso de intervenções nos partos, o que as fez avaliar negativamente tal experiência.

Garcia (2015), concluiu em seu estudo que o grupo de mulheres cabo-verdianas participantes, apresentaram um déficit de informação e literacia no que toca a vida reprodutiva, refletindo diretamente na forma como elas experienciaram a maternidade e o parto, sobressaindo a noção de que essas mulheres tinham poucas informações acerca do seu ciclo gravido-puerperal, algumas não fizeram o planeamento familiar e poucos sabiam o que significava planeamento familiar e nem sabiam a importância da vigilância pré-natal para elas e para os seus bebés.

É um direito da mulher caboverdeana, a realização das consultas pré-natais independentemente de este coincidir com o horário laboral o não, bem como a licença de maternidade e a dispensa para a amamentação.

No que tange a direitos inerentes ao processo de maternidade, Cabo Verde protege a mulher grávida, segundo o estabelecimento dos artigos presentes no Capítulo III do Código Laboral de Cabo Verde, regulamenta nos seus artigos 270º e 271º, respetivamente a Proteção e a Licença da Maternidade, no 272º Dispensas para consultas, no 273º Licença especial na gravidez de risco e no 274º Dispensa para amamentação.

Artigo 270º concede a proteção da maternidade à mulher grávida nos termos em que esta deve trabalhar em condições que não prejudiquem a gestação.

Artigo 271º dá o direito à licença de maternidade por 60 dias por altura do parto. O pai tem direito a licença por período de duração igual àquele a que a mãe teria nos casos: de incapacidade física ou psíquica da mãe, e enquanto esta se mantiver, ou pela morte da mãe, durante o período de 120 dias imediatamente a seguir ao parto.

Artigo 272º permite a dispensas para consultas, quando a consulta só for possível dentro do horário de funcionamento normal da empresa, exigindo à trabalhadora a apresentação de documento comprovativo dessa circunstância.

Artigo 273º faz a concessão a uma licença especial na gravidez de risco, em situação de risco para si, ou para o bebé, impeditivo do exercício das funções.

O artigo 274º permite à trabalhadora, a dispensa para amamentação, de 45 minutos, em cada período de trabalho durante os primeiros seis meses a seguir ao parto como forma de garantir o aleitamento exclusivo (União Nacional dos Trabalhadores de Cabo Verde - Central Sindica, 2012).

1.8 Cuidados de enfermagem na sala de Parto promotoras de uma experiência positiva de Trabalho de Parto e Parto

A partir do momento que uma grávida dá entrada ao serviço da maternidade, ela se entrega a uma equipe de saúde, passa a ser atendida e cuidada por desconhecidos. Assim, cabe ao enfermeiro propor atividades que visam reduzir a ansiedade por parte das grávidas, fornecer informações sobre os procedimentos a serem realizados, informar sobre a evolução do parto, dar suporte emocional e tentar saber como está a ser a experiência, pois está citado em várias obras que as mulheres avaliam a sua experiência de parto com base no cumprimento das suas expectativas, então as atividades desenvolvidas tem que ser com vista á promoção de uma experiencia positiva do trabalho de parto e parto.

1.8.1 Admissão, avaliação da Parturiente e do Feto

A admissão usualmente é feita pelos enfermeiros, estes devem ouvir a parturiente, estar atento ás queixas e garantir uma assistência bem qualificada.

Por analogia, Dotto, Mamede e Mamede (2008) são da opinião que as primeiras reações que são registradas entre a parturiente e o profissional, são estabelecidas durante o primeiro contato, dessa forma é fundamental que o profissional receba a gestante e sua família de maneira acolhedora, estabelecendo um bom vínculo, para que se obtenha a confiança, que é um elemento importante no sucesso e continuidade da assistência.

Sobe o mesmo ponto de vista, Montenegro e Filho (2013) afirmam que na admissão da parturiente é fundamental diagnosticar corretamente a fase ativa do trabalho de parto a fim de evitar uma internação precoce que acarreta intervenções desnecessárias.

Com isso procede-se á anamnese, na qual para Cecatti e Serruya (2001) são avaliados antecedentes mórbidos, antecedentes obstétricos, data da última menstruação, informações sobre a movimentação fetal e dados da evolução de gestação atual a constar no caderno de acompanhamento pré-natal.

É na admissão que o enfermeiro ao fazer a anamnese da gestante, vai prestar a atenção em todos os detalhes que contém o caderno da mulher. É com base nas informações contidas neste caderno, que o enfermeiro pode afirmar se a gestante se trata de uma primípara ou não.

Assim então, faz todo o sentido definir o conceito de primípara, uma vez que esta é uma das palavras-chave do trabalho.

O conceito de primípara é entendido como “toda a mulher que teve sua primeira gravidez viável, independentemente de a criança estar viva ou morta aquando do nascimento” (Lowdermilk & Perry, 2009, p. 958).

Freitas, Gerk, Arantes, Nunes e Luizari (2010) complementam o conceito afirmando que primípara é toda a mulher que está grávida ou que deu à luz apenas uma vez, a um feto com 20 ou mais semanas, independente de vivo ou morto.

Dito isto, após a identificação do índice obstétrico, o enfermeiro deve reunir todas as informações contidas no caderno da mulher, este já terá em mão os resultados dos exames que a gestante realizou, a semana de gestação que este se encontra, se este se trata de uma gravidez de baixo, médio ou alto risco, entre outras informações pertinentes.

São ainda procedimentos na admissão da parturiente, medição dos sinais vitais, avaliação das mucosas para inferir a presença ou não de anemia, auscultação da frequência cardíaca fetal, as contrações uterinas, a medida da altura uterina e a palpação obstétrica ou manobra de Leopold para determinar a situação, posição e apresentação fetal (Cecatti & Serruya 2001).

Várias bibliografias apontam que a prática do tricoxisma do monte de Vénus bem como o enteroclisma, eram práticas muito comuns na admissão da gestante, passando a ser agora praticas já abolidas cabendo á mulher decidir por si só, se deve ou não as realizar. O tricoxisma era entendido com uma prática com o intuito de reduzir o risco de infecção da episiotomia e lacerações perineais. Já o enteroclisma era justificado para a diminuição de infecção perineal e neonatal e que exercia efeito benéfico nas contrações uterinas, mas estudos clínicos realizados não demonstraram diferenças nos desfechos finais em comparação ás parturientes que realizaram e as que não realizaram tais procedimentos, o que levou a abolir tais práticas, a não ser quando por opção da parturiente (Zugaib , 2012).

1.8.2 Apoio, conforto e alimentação

Muitas vezes, nesse momento final do período gravítico, o parto, as mulheres sentem-se inseguras e incapacitadas. Neste momento segundo Pereira, Oliveira, Santos e Carvalho (2016) o profissional de enfermagem tem como papel principal permanecer ao lado da mulher dando-lhe apoio e segurança, além de oferecer opções de técnicas para seu conforto, percebendo suas características culturais, incentivando seu poder de decisão em todo o trabalho de parto.

Gonzaga e Nascimento (2017) afirmam que uma das formas de dar apoio á parturiente é informa-la constantemente sobre as melhores condutas a adotar, informar a parturiente sobre as massagens, exercícios respiratórios, a prática do diálogo e o estímulo à deambulação com

vista a facilitar o trabalho de parto e obtenção de uma boa experiência de parto. Com isso a mulher torna-se empoderada e mais ativa durante o processo parturitivo.

Montenegro e Filho (2013) falam que em relação á alimentação, a parturiente somente deve ingerir líquidos claros como água, sumos e chás, sendo ingeridos somente para as grávidas de baixo risco uma vez que mulheres de alto risco há potencial indicação para cesariana, e devido ao processo de demora no esvaziamento gástrico típico desde estágio, poderia ter consequências.

Por outro lado, Zugaib (2012) fala que muitas clínicas obstétricas nos Estados Unidos na maioria dos casos, adotam um jejum alimentar durante o trabalho de parto, garantindo por meio de fluidos intravenosos que a paciente receba aporte calórico adequado. Mesmo assim este defende que em situações nas quais a sensação de fome causa desconforto à parturiente, é razoável que seja oferecida a possibilidade de ingestão de alimentos que produzam poucos resíduos, como líquidos adocicados, gelatinas e sorvetes de frutas.

1.8.3 Técnicas não farmacológicas no alívio da Dor do Trabalho de Parto

Cunningham *et al.* (2016) afirmam que os estímulos da dor são modificados por circunstâncias emocionais, motivacionais, cognitivas, sociais e culturais. Ainda complementa afirmando que a dor do trabalho de parto causada pelas contrações uterinas e pela dilatação do colo é transmitida por nervos simpáticos viscerais aferentes que entram na medula espinal entre T10 e L1 e que mais tarde o estiramento do períneo transmite estímulos dolorosos por meio do nervo pudendo e dos nervos sacros entre S2 e S4.

Oferecer informações sobre técnicas de controlo da dor durante o parto é uma importante ação para a humanização do parto e nascimento, cabendo assim ao enfermeiro facultar sempre esses métodos às parturientes com o intuito de auxiliar a proporcionar uma experiência ativa e positiva do parto. Tais métodos enunciados a seguir, visam reduzir a percepção da dor, sendo muito vantajosas para a parturiente pois, além de proporcionar conforto e alívio da dor são medidas não invasivas.

- Uso da bola suíça

Para Souza, Aguiar e Silva (2015) o uso da bola suíça além de promover o alívio da dor, promove a descida da apresentação fetal, relaxamento, progressão do trabalho de parto e exercita o períneo.

Moulaz (2018) acredita que a bola suíça em obstetrícia é considerada um instrumento que ajuda a parturiente a tirar o foco da dor, tornando o trabalho de parto mais tranquilo. A

autora partilha a mesma opinião que Souza, Aguiar e Silva (2015) sobre os benefícios, e este afirma que os principais benefícios adquiridos com os exercícios na bola durante o trabalho de parto estão: o relaxamento, permite o balanço pélvico pela facilidade de movimentos, traz benefícios psicológicos e permite o alongamento e a tonificação muscular. Em especial, os exercícios que a mulher está sentada sobre a bola, trabalham a musculatura do pavimento pélvico, principalmente os músculos elevadores do ânus e a faixa endopélvica.

Hanum, Mattos, Matão e Martins (2017) num estudo realizado a 103 puérperas que tiveram parto normal numa maternidade pública, constatou que 28,6% dessas puérperas utilizaram a bola suíça e a classificaram como positivo para o alívio da dor no trabalho de parto.

Assim, vários estudos apontam a eficácia da bola suíça como recurso no alívio da dor nas parturientes, e este deve ser incentivada pelos enfermeiros que assistem as mesmas, uma vez que parto sem dor é uma expectativa constatada por vários autores.

- Hidroterapia

Souza, Aguiar e Silva (2015) defendem que a hidroterapia revela ser uma prática segura e tem mostrado benefícios como o bem-estar fisiológico, alívio da dor e aumento da sensação de relaxamento e de conforto para as gestantes que se encontram em trabalho de parto, quer pelo banho de chuveiro como o banho por imersão.

Hanum, Mattos, Matão e Martins (2017) no mesmo estudo citado anteriormente realizado a 103 puérperas, a esmagadora maioria avaliou este método como a melhor para o alívio da dor, representando um total de 84,5%.

Sousa (2009) acredita que o calor produzido pela água aquecida reduz a dor porque diminui a isquemia tecidual, aumentando o fluxo sanguíneo e o relaxamento muscular.

O banho com água aquecida entre 37 a 38° C, faz com que haja uma redistribuição do fluxo sanguíneo promovendo o relaxamento da musculatura tensa e diminuição da liberação de catecolaminas e, com a elevação das endorfinas, reduz a ansiedade e promove a satisfação da parturiente (Santana, Gallo, Ferreira, Quintana e Marcolin 2013).

Outros autores que chegaram á mesma conclusão foram Davim, Torres e Dantas (2008), num estudo realizado a 100 parturientes, relataram que o banho foi observado como efetivo no alívio da dor, principalmente quando em água morna, o que proporciona a redução da dor durante o trabalho de parto, alívio, relaxamento e conforto.

- Massagem lombo-sacral

A massagem lombo-sacral apresenta-se também como uma alternativa muito útil no alívio da dor, sendo muito referenciado por Sousa (2009). Segundo Almeida e Duarte (2000) citado em Sousa (2009), consiste na utilização de manipulações praticadas geralmente com as

mãos, sobre a região lombo-sacra com a finalidade de proporcionar relaxamento e conforto, ademais de aliviar a tensão muscular local que causa ou potencia a dor, promove o conforto, o relaxamento, o alívio da dor e ativa a circulação.

Similarmente Ropk (2016) fala que a aplicação da massagem lombossacral pode normalmente ser feita durante as contrações uterinas, podendo a técnica variar com deslizamento superficial e profundo, amassamento ou pressão.

Costa (2015) apresenta como benefícios desse método;

- a) O aumento dos níveis de ocitocina;
- b) Acelera o trabalho de parto;
- c) Alivia o desconforto muscular;
- d) Aumenta a dilatação cervical;
- e) Diminui a dor e a ansiedade;
- f) Estimula a participação do acompanhante.

A massagem lombo-sacral pode ser conjugada com outras técnicas, e quando assim é os resultados são melhor, assim é defendido por Souza, Aguiar e Silva (2015) que afirmam que a massagem poderá ser mais eficaz se conjugada com outras técnicas, como a imaginação guiada, exercícios de respiração ou com musicoterapia.

- Respiração

Para Ropk (2016) a respiração eficaz é fundamental durante o trabalho de parto, pois promove o relaxamento e melhora a oxigenação da parturiente e do feto.

A parturiente deve ser orientada a fazer o uso adequado dos músculos respiratórios, através da respiração espontânea, diafragmática, em ritmo normal e leve, para que a parturiente consiga deslocar a atenção das dores e beneficiar a sua oxigenação. O autor fala que a combinação desse método com a da massagem lombo-sacral demonstrou que em conjunto, proporcionam melhores resultados no alívio da dor (Ropk 2016).

Em conformidade com a ideia, Lowdermilk e Perry (2009) afirmam que num primeiro momento a técnica de respiração visa promover o relaxamento dos músculos abdominais, consequentemente aumenta o tamanho da cavidade abdominal. Com isso, diminui a fricção e o desconforto entre o útero e a parede abdominal.

No segundo período do parto, a técnica de respiração é útil no sentido que faz aumentar a pressão abdominal e assim ajuda na expulsão do feto. Lowdermilk e Perry (2009) chamam a atenção para quando do período de transição, ou o período em que o colo uterino atinge 8 a 10 cm de dilatação. Neste período existe uma dificuldade maior no controle da respiração e assim o enfermeiro deve estar atendo e orientar a parturiente sobre a melhor técnica, como o padrão

4:1 respirar normal 4 vezes e depois fazer uma inspiração profundo e expirar pela boca, se necessário pode-se aumentar a 6:1. De frisar ainda que é necessário estar sempre atento a sinais de hiperventilação com o intuito de evitar a alcalose respiratória (caraterizado por tonturas, tremores e sensação de “cabeça pesada”).

- Estimulação Elétrica Transcutânea

Embora seja uma técnica pouco conhecido no contexto do país, não deixa de ser referenciado por alguns autores como um forte contribuinte no alívio da dor.

Segundo Sousa (2009) e Moulaz (2018) a estimulação elétrica transcutânea consiste na aplicação de corrente elétrica de baixa intensidade através da colocação de elétrodos na pele, que provoca estimulação seletiva dos recetores sensitivos cutâneos a um estímulo mecânico.

No entender de Lowdermilk e Perry (2009), é colocado 2 pares de elétrodos de cada lado da coluna dorsal e sacra. O aparelho aplica correntes elétricas contínuas de baixa intensidade e durante cada contração a própria mulher aumenta a potência. A sensação provocada de formigueiro ou cócegas é descrita pelas parturientes como muito bom no alívio da dor. Contudo os autores descrevem esse método como sendo um efeito placebo, pois a confiança que as parturientes depositam nesse método faz com que seja libertado opiáceos endógenos (como as encefalinas) por parte da mulher, e isso então alivia o desconforto da dor.

- Técnicas cognitivo comportamentais

Tavares (2005), fala que a terapia Cognitiva se baseia no pressuposto de que os afetos e os comportamentos de um indivíduo são determinados pelo seu modo de estruturar o mundo. Isto quer dizer que a visão do mundo que cada pessoa tem, influencia a forma como pensa, sente e age, direcionada à resolução de problemas atuais e à modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais.

A mente tem um poder enorme sobre o corpo, assim o pensamento da parturiente pode ser também um método com vista a promover o alívio da sensação dolorosa.

Basicamente a terapia cognitiva visa identificar pensamentos e sensações distorcidos e fazer uma mudança nestas, transformar pensamentos negativos em positivos, substituir sensações dolorosas por pensamentos prazerosos, etc.

Para tal a parturiente no momento da dor, pode utilizar diversas técnicas cognitivas, como sugere Tavares (2005), a reestruturação cognitiva, distração ou até parada do pensamento.

Depois de haver traçado alguns dos métodos que os enfermeiros podem adotar, sempre levando em conta os desejos da parturiente, é importante afirmar que o alívio da dor está entre as expetativas que a gestante espera alcançar como meio de avaliação positiva do parto.

Dos indicadores da percepção materna de uma experiência de trabalho de parto e parto positivo, a maioria são passíveis de intervenções de enfermagem (Bryanton *et al.*, 2008), como: potencializar o conhecimento da parturiente e da figura significativa; ensinar e incentivar a realização de exercícios respiratórios e de relaxamento; promover e incentivar o apoio dos acompanhantes e proporcionar oportunidades imediatas da mulher poder estar com seu filho logo após o nascimento.

Vários são os fatores que influenciam a percepção da experiência de parto como positiva, e estes visam em grande parte se as expectativas previamente traçadas foram alcançadas. Assim Souto (2013) traça alguns fatores associados á satisfação da mulher com a experiência do trabalho de parto e parto.

- Expetativas da mulher;
- Presença do acompanhante;
- Apoio prestado pelos profissionais de saúde;
- Participação ativa da mulher nas decisões;
- Dor no trabalho de parto;
- Tipo de parto;
- Interação mãe-filho imediatamente após o nascimento.

Ao fim ao cabo se observado detalhadamente, esses fatores associados á satisfação da mulher com a experiência do trabalho de parto e parto, acabam sendo exatamente o cumprimento das expetativas previamente mencionadas. Por isso diz-se que a percepção positiva ou negativa que a mulher terá no final do parto, vai depender em soma o cumprimento ou não das expetativas traçadas.

1.9 Teoria da consecução do papel maternal de Ramona Mercer

Sabe-se que a mulher ao deparar-se com o fenómeno da gravidez, este irá implicar mudanças bruscas no seu quotidiano, principalmente se a gestante for uma primípara, e o sucesso dessa fase de maternidade vai depender de quando mais rápido a mulher se identificar com o seu novo papel na sociedade e sentir-se satisfeita pela facto de saber que é mãe.

Assim optou-se por associar as ideias da investigação com a teoria da consecução do papel maternal, pelo fato da autora desta teoria falar exatamente desse novo papel da mulher. A parturiente ao longo das 40 semanas, adquire a literacia suficiente para desenvolver competência nas tarefas de cuidados que o novo papel exige, e exprime o prazer e a satisfação no cumprimento desta tarefa de ser mãe.

Mercer iniciou sua carreira de enfermagem em 1950, fez sua licenciatura em 1952 na Universidade de *Nuevo México*. Em 1973 obteve seu Doutorado em Enfermagem Materna na Universidade de Pittsburgh.

A teoria da consecução do papel maternal de Mercer segundo Alligood (2015), se baseia em uma ampla investigação feita pela autora a partir dos anos 1960. Ramona é conhecida pelo seu trabalho na definição e descrição da consecução do papel maternal como um processo de estar ligado á criança e á identidade do papel maternal, ou ver a si próprio no papel e sentir-se confortável com isso.

Os fatores maternos da investigação de Mercer, incluíam a idade, experiência do parto, o stress social, o apoio social e os traços de personalidade.

Mercer assim define alguns conceitos importantes, como o conceito de consecução do papel maternal, o estado da saúde, a tensão do papel de ser mãe e a satisfação desse papel (Alligood, 2015).

I. Consecução do papel maternal

Mercer define o conceito de Consecução do Papel Maternal, como;

“Um processo de interação e de desenvolvimento que ocorre ao longo do tempo durante o qual a mãe se liga ao seu filho, adquire competência nas tarefas de cuidados que o papel envolve e exprime o prazer e a satisfação do papel (...).” (Alligood, 2015, p.525, tradução própria)

Posteriormente, quando a mãe experimenta um sentido de harmonia, confiança e competência na forma como desempenha o papel maternal, diz-se que ela adquiriu a identidade maternal.

Desde o período pré-natal, a mãe começa desenvolvendo sentimentos de carinho pelo filho, e vai adquirindo competências para cumprir com essa nova tarefa, quer por relatos de próximos, quer principalmente pelas consultas que está realizando com os enfermeiros no pré-natal e mediante as sessões de educação para a saúde. A aquisição de sentimentos de harmonia e confiança na forma como a primípara desempenha o papel maternal começa desde o momento imediato ao nascimento do seu filho, quando ela vê que conseguiu cumprir com as expetativas que ela carregou por 40 semanas e que teve um ótimo desempenho durante o parto.

II. Estado de Saúde

É definido como a percepção que a mãe e o pai têm da sua saúde anterior e da atual. Relaciona-se com a preocupação com a saúde, orientação da doença e rejeição do papel de doente.

III. Tensão do papel

O conflito e dificuldades sentidas pela mulher no cumprimento da obrigação do papel materno.

Isto significa que a mãe carrega sentimentos de incapacidade no cumprimento do seu papel. Pode estar havendo conflitos entre o anterior papel de somente esposa ou namorada, para o agora que é ser mãe.

Ela precisa passar por um processo de identificação com o novo papel social, e esta identificação vai depender de mulher para mulher (Lowdermilk e Perry, 2009).

A própria experiência do parto pode ter também influências aqui, pois a primípara pode ter idealizado por exemplo, um parto normal, rápido, com aleitamento materno logo nos primeiros minutos, e chegando o momento do parto houve a necessidade de um parto por cesariana. A mulher pode ver o parto como um mau sucesso, despertando sentimentos de incapacidade, sentirá que falhou com tudo o que outrora havia idealizado, e essa percepção negativa da experiência do parto poderá afetar nos cuidados prestados ao bebê.

É seguindo esta linha que Souto (2013) fala que a experiência do trabalho de parto produz efeitos na autoestima da mulher, podendo favorecer ou prejudicar a sua disponibilidade emocional para com o bebê, imediatamente após o parto.

IV. Satisfação

É a recompensa ou prazer que a mulher experimenta na interação com o seu filho e no cumprimento das habituais tarefas inerentes à maternidade.

Para alcançar essa satisfação, o enfermeiro deve no momento do trabalho de parto e parto, contribuir para que a parturiente tenha a percepção de uma experiência positiva, numa procura sempre pelo cumprimento das suas expectativas, e assim estará contribuindo para gerar maior confiança e bem-estar no desempenho do papel maternal (Souto 2013).

Para Neves (2013), Ramona Mercer coloca seu enfoque na maternidade e considera a adoção do papel maternal como um processo, interativo e evolutivo, no qual a mãe se vai sentindo vinculada ao seu filho, adquirindo competências na realização dos cuidados associados ao seu papel e experimenta prazer e gratificação dentro do mesmo. No entanto o desempenho desse papel maternal pode ser influenciado por variáveis específicas;

Tabela7

Variáveis que influenciam o desempenho do papel maternal segundo Mercer

Maternas	Do filho	Familiares	<u>Social</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Idade; • Estatuto socioeconómico; • Perceção da experiência do nascimento; • Cumprimento das suas expetativas; • Separação precoce mãe-filho; • Autoestima, flexibilidade no ajustamento de papéis; • Estado de saúde, ansiedade e experiências de stress; • satisfação com a interação e com o desempenho de tarefas 	<ul style="list-style-type: none"> • Temperamento; • Estado de saúde; • Características do filho. 	<ul style="list-style-type: none"> • Subsistema conjugal, parental e filial; • Desempenho dos respetivos papéis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Extensão e satisfação com a rede de apoio social

1.10 Diagnósticos e intervenções de enfermagem

O diagnóstico de enfermagem trata-se da identificação de um problema ou desequilíbrio em alguma função do indivíduo, após uma avaliação clínica e de todas as necessidades do utente no ponto de vista holístico. Para tal um instrumento muito utilizado é o Diagnóstico de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), com sua origem em 1982. Em 2002 tornou-se uma organização internacional denominada agora NANDA International, Inc.

O diagnóstico de enfermagem de NANDA, permite-nos após uma avaliação holísticas do utente, traçar intervenções de enfermagem para assim se atingir resultados.

As intervenções traçadas a seguir, baseiam-se nas intervenções NIC (Classificação das Intervenções de Enfermagem). O NIC foi fundado em 1987 e contém no total 542 intervenções.

Intervenção de Enfermagem baseada na *Nursing Intervention Classification* (NIC) é entendido segundo Bulechek, Butcher e Dochterman (2010), como sendo qualquer tratamento,

baseado no conhecimento clínico, que seja realizado por um enfermeiro com vista a melhorar os resultados do paciente.

Para tal, traçou-se os seguintes diagnósticos de enfermagem e as correspondentes intervenções face ao trabalho de parto e parto.

Tabela 8

Diagnósticos e intervenções de enfermagem relacionadas á mulher em trabalho de parto

Diagnósticos de Enfermagem	Caraterísticas Definidoras	Intervenções de Enfermagem (NIC)
Ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupações em razão de mudança em eventos da vida; • Entusiasmo excessivo; • Aumento da tensão; • Preocupação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Usar abordagem calma e tranquilizadora; • Esclarecer as expetativas de acordo com o comportamento do utente; • Criar uma atmosfera que facilite a confiança; • Encorajar a família a permanecer com o paciente, conforme apropriado.
Dor no trabalho de parto	<ul style="list-style-type: none"> • Contração uterina; • Alteração na tensão muscular; • Alteração na função neuroendócrina; • Expressão facial de dor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Observar a ocorrência de indicadores não verbais de desconforto; • Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia; • Considerar as influências culturais sobre a resposta à dor; • Investigar com o paciente os fatores que aliviam/pioram a dor; • Ensinar o uso de técnicas não farmacológicas.
Conforto prejudicado	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade; • Incapacidade de relaxar; • Medo 	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar as posições, que melhoram o conforto da mãe mantendo a perfusão placentária; • Minimizar o desconforto, se possível.

Medo	<ul style="list-style-type: none"> • Autosssegurança diminuída; • Gestos de inquietação; • Sensação de pânico; • Tensão muscular. 	<ul style="list-style-type: none"> • Permanecer com o paciente para promover segurança e diminuir o medo; • Usar abordagem calma e tranquilizadora; • Apoio Emocional
Padrão respiratório ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> • Respiração curta; • Respiração pela boca; • Taquipneia; • Batimento das asas do nariz. 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar as respirações; • Observar os movimentos torácicos; • Monitorar os padrões respiratórios • Registrar mudanças no SaO₂;
Integridade da pele prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> • Solução de continuidade da pele; • Destruição das camadas da pele; • Invasão de estruturas do corpo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar o processo de cicatrização; • Monitorar sinais e sintomas de infecção; • Orientar o paciente sobre as formas de cuidar da zona afetada (episiiorrafia); • Auxiliar na higiene e manter o períneo seco.
Desempenho de papel alterado	<ul style="list-style-type: none"> • Conflito de papeis; • Desempenho de papel ineficaz; • Motivação insuficiente; • Negação do papel; • Adaptação ineficaz a mudanças. 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar o conhecimento dos pais em relação ao novo papel; • Oferecer orientações antecipadas sobre as mudanças; • Demonstrar as capacidades e os pontos positivos do bebê aos pais; • Monitorar a habilidade dos pais para reconhecer as necessidades fisiológicas do bebê; • Ajudar o paciente a identificar os vários papéis no ciclo de vida;

CAPÍTULO II. FASE METODOLÓGICA

II. Fase Metodológica

Fortin (1999), fala que nesta fase, se determina que métodos utilizar para obter respostas às questões formuladas, ou seja, neste capítulo é traçado o caminho, para alcançar os objetivos preconizados, durante o estudo.

Para tal, torna-se necessário escolher um desenho apropriado, se este vai tratar de explorar ou descrever um fenómeno, de examinar ou de verificar hipóteses. Torna-se necessário ainda nesta fase, definir a população e escolher os instrumentos mais apropriados para a colheita de dados.

Este capítulo aborda a estrutura da investigação e a metodologia que enquadra este estudo. Assim apresenta-se neste capítulo o tipo da metodologia, a técnica e o instrumento da recolha dos dados, os participantes em estudo, bem como os aspetos éticos respeitados ao longo da recolha dos dados e tratamento dos resultados.

Este estudo teve seu início em outubro do ano 2019 quando iniciado a unidade curricular de Metodologia de Investigação Científica e como requisito de avaliação foi solicitado o projeto da Monografia. Para tal iniciou-se com uma pesquisa exploratória á volta do tema com ideias de vários autores e a opinião das pessoas dentro da matéria. Assim por diante foi-se fortalecendo as convicções e arrancou-se com o desenvolvimento da pesquisa.

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, de carater exploratório-descritivo, com uma abordagem fenomenológica, realizado no período de junho a agosto tendo como campo empírico a maternidade do hospital Dr. Baptista de Sousa.

Tendo em conta o objetivo geral bem como os específicos, viu-se necessário optar pelo método qualitativo, que se apoia num raciocínio indutivo permitindo que aspetos subjetivos desde fenómeno sejam captados e descritos em profundidade sem a intenção de as quantificar.

Tal método requer que o investigador desenvolva boas relações com os participantes, baseada na confiança e empatia para assim poder haver uma abertura saudável e permitir compreender as perspetivas dos diversos sujeitos, sem o interesse de efetuar generalizações, mas sim particularizar e compreender cada sujeito em estudo.

Carateriza-se por ser exploratório-descritivo, no sentido que visa descrever as expectativas e experiências das puérperas primíparas, bem como traçar a relação existente entre

estas duas, na medida que são escassos os trabalhos dessa natureza que procuram analisar e descrever as diversas experiências do parto, as expectativas antecipadas, bem como explorar em que medida a satisfação das expectativas criadas no período pré-natal condicionam o significado atribuído à experiência do parto.

Segue uma linha fenomenológica, uma vez que procura incidir a atenção sobre o fenómeno tal como ela é percebida pelas puérperas primíparas que partilham tal experiência em comum que é o trabalho de parto e parto. Portanto procura-se aproximar-se dessa experiência e descreve-la de forma fiel sem deduções.

2.2 Instrumento de recolha de informações

O processo de colheita das informações dividiu-se em dois momentos. Primeiramente durante o internamento hospitalar, tendo abordado as participantes de forma a estabelecer o primeiro contacto com o propósito de apresentar o estudo, averiguar a disponibilidade em participar e decidir o local, data e hora, bem como a garantia da confidencialidade dos dados.

Para a colheita das informações, utilizou-se como instrumento a entrevista semiestruturada ou semi-dirigida com perguntas abertas e fechadas às puérperas primíparas que deram à luz no HBS.

O guião da entrevista se encontra delimitado em duas partes. A primeira com cinco (5) questões que pretendem explorar as expectativas das primíparas participantes e a relação entre elas e os profissionais de saúde durante as consultas de pré-natal. A segunda parte está organizada com seis (6) questões que exploram a experiência do trabalho de parto e parto vivenciada pela primípara à luz da satisfação das expectativas previamente criadas durante a gravidez e pelos acontecimentos que foram desenrolando durante o processo. (Apêndice B).

O guião é de autoria total do investigador, tendo elaborado as questões e posteriormente feito o pré-teste para averiguar a uniformidade das respostas, de modo a evitar múltiplas interpretações que poderiam conduzir a enviesamento dos resultados. O mesmo foi entregue junto à coordenação do curso de licenciatura em enfermagem e junto à orientadora para a sua validação. Tendo a coordenação feita a sua apreciação bem como a orientadora, procedeu-se às devidas correções.

Com a ajuda do guião foram entrevistadas seis (6) puérperas primíparas, mas de frisar que o primeiro contacto foi feito a dez (10) puérperas primíparas que cumpriam com os critérios de inclusão, mas que infelizmente desistiram de participar do estudo.

Para realização das entrevistas procurou-se que fossem realizadas em um ambiente calmo, agradável e tranquilo, criando um clima de confiança para que as entrevistadas se sentissem mais abertas e com o tempo de duração não superior a 45 minutos.

A entrevista tem suas vantagens, e no entender de Fortin (2009), permite uma maior possibilidade de obter informações carregados de emoção, permitindo a obtenção de respostas detalhadas.

As entrevistas foram gravadas e depois transcritas para análise do conteúdo, com o devido consentimento das entrevistadas. Foram feitas as entrevistas em língua Crioula e transcritas na íntegra na língua oficial que é o Português, respeitando sempre a veracidade dos dados.

2.3 Participantes do estudo

Para realização deste estudo, têm-se como população as grávidas puérperas primíparas, mas para a realização das entrevistas estas devem respeitar os seguintes critérios de inclusão:

- Ter idade compreendida entre 18 a 34 anos;
- Ser Primípara;
- A vontade de participar no estudo;
- Período de Puerpério compreendido entre 1^a á 4^a semana;

Como critérios de exclusão tem-se os seguintes aspetos;

- Puérperas primíparas com transtornos mentais ou deficits cognitivos;
- Puérperas primíparas com risco gestacional alto ou com diagnóstico intrauterino de malformações;
- Estado clínico da puérpera e/ou do recém-nascido reservado após o parto.

Assim sendo, participaram na estudo o total seis (6) primíparas, pois com as repetições de relatos não se acrescentava novos dados, o que permitiu concluir que houve saturação dos dados.

As puérperas primíparas foram selecionadas de forma aleatória á medida que surgia novos partos em primíparas, desde que cumpridas os critérios de inclusão. O intervalo das idades está compreendida entre os 20 aos 33 anos, com naturalidade distribuída entre São Vicente, São Antão e São Nicolau mas que residem em São Vicente. Destes participantes, três (3) contém o grau académico de licenciatura e os demais têm concluído o 12º ano do ensino secundário. Todos, em algum momento das suas vidas já fizeram uso de algum método

anticoncetivo, e de frisar ainda que duas (2) participantes não vivem com o companheiro ou o pai da criança.

Tabela 9

Caraterização socio-demográfica das entrevistadas

Nome	Idade	Escolaridade	Naturalidade	Vive com o companheiro	N °. Consultas pré-natal	Gravidez planeada
Vénus	32	Licenciatura	São Vicente	Sim	10	Não
Marte	22	Licenciatura	Santo Antão	Não	7	Não
Saturno	20	12º Ano	São Nicolau	Sim	7	Não
Terra	20	12º Ano	São Vicente	Não	7	Não
Jupiter	30	Licenciatura	Santo Antão	Sim	6	Sim
Úrano	30	12º Ano	Santo Antão	Sim	4	Não

2.4 Caraterização do campo Empírico

A maternidade do Hospital Dr. Baptista de Sousa é a segunda maternidade central do país com uma média de 1500 partos anual, situa na cidade do Mindelo/ Cabo Verde que tem como objetivo prestar cuidados de saúde secundários e terciários com enfoque nas especialidades de ginecológico/obstétrico e de neonatologia á população de São Vicente e é, uma maternidade de referência as restantes ilhas do barlavento.

Quanto á estrutura - o sector da maternidade fica no segundo piso do hospital e, é subdividido em serviço de UTI neonatal, serviço de enfermaria de puerpério, de gravidez de alto risco, de ginecologia geral e do Bloco de parto todos, bem arejados e com muita luz natural. Logo a entrada, o bloco de parto dispõe de uma sala de triagem seguida de uma sala de cuidados de urgências/emergências obstétrico e ginecológico. No mesmo corredor ao mencionado último temos, dois quartos de pré-parto, duas salas de parto, um quarto de ecografia, um vestuário e uma arrecadação de sujeitos.

Quanto aos recursos materiais e medicamentosa - cada quarto de pré-parto dispõe de duas camas que articulam em mesas de parto, uma casa de banho cada com água quente e fria e só um quarto destes contem um armário e um carinho de medicamentos. Das salas de parto, a primeira dispõe de uma cama de parto articulada, dois balões de oxigénio (um para a mãe e outro para o RN) já montadas, uma mesa de cuidados imediatos e de reanimação ao recém-nascido (RN), uma mesa com todo o material e medicamentos necessários para assistência ao

RN normal e patológico, um carinho de materiais e instrumentos para partejar, uma fonte de luz, uma escrivaninha, um armário com medicamento de urgências/emergências obstétricas e uma casa de banho. Quanto às matérias de urgências deu-se pela falta de um desfibrilhador. A segunda sala de parto só dispõe de uma cama de parto, um balão de oxigénio e uma casa de banho.

Não tem recursos a analgesia epidural, mas dispõe de duas bolas de pilates, um cavalinho, chuveiros com água quente e umas barras afixadas em cada sala de parto e, as parturientes podem deambular livremente o que auxilia no alívio da dor do parto, na dilatação e descida da apresentação fetal. As parturientes têm direito a um acompanhante (pessoa significativa) que pode estar presente somente na hora do parto porque a estrutura do serviço não permite a sua permanência nas salas de pré-parto.

Quanto aos recursos humanos - A equipe de profissionais do bloco de parto é constituída por oito (8) ginecologistas/obstetras, Três (3) enfermeiras com especialidade em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, Três (3) enfermeiras gerais com muitos anos de experiencia na sala de parto, três (3) enfermeiras gerais recém formadas nos cuidados ao RN, uma enfermeira chefe, quatro (4) neonatologistas, e quatro (4) agentes de serviços gerais.

Quanto aos horários e metodologias de trabalho – As enfermeiras e as agentes de serviços gerais estão numa escala de quatro em que o turno de manhã vai das 08h até as 15h, o turno da tarde vai das 15h até as 21h, o turno da noite das 21h até as 08h e folga das 08h até as 15h do dia seguinte. As ginecologistas obstetras fazem das 08h as 15h exceto um (1) que está de urgências 24h prestando cuidados na sala de parto e nas enfermarias de gravidez de alto risco, de puerpério e de ginecologia. Os neonatologistas fazem escala de um (1) por 24h. Por conseguinte em cada turno temos duas enfermeiras, uma ginecologista/obstetra, uma neonatologista e um agente de serviços gerais que também estão presentes na hora do parto. A equipe do bloco de parto é formada cem por cento (100%) por géneros femininos. As enfermeiras que estão presentes no turno prestam cuidados no pré-parto, parto, pós-parto imediato, cuidados ao RN, na triagem de urgências/ emergências. Quanto ao parto em si as enfermeiras vigiam a evolução do trabalho de parto de baixo risco e de alto risco, executam partos eutócicos e distócicos (como parto pélvico) sempre em articulação e vigilância da obstetra de urgências.

2.5 Aspetos Éticos

A ética em qualquer trabalho científico, é o pilar que sustenta, protege e dá legitimidade ao saber científico. Neste sentido que para a realização deste estudo, levou-se em consideração os aspetos éticos exigidos.

A primeira etapa consistiu na solicitação da autorização junto ao conselho Diretivo do HBS, para a recolha das informações relacionadas com o tema em investigação, por meio de um requerimento (Apêndice C). Seguidamente este foi endereçado junto á Superintendente de enfermagem da instituição.

Com o despacho positivo, procedeu-se á recolha informações estatísticas junto ao HBS. Seguidamente então abordou-se as puérperas primíparas na Enfermaria da maternidade, no qual foi feito contato com 10 puérperas primíparas que aceitaram participar do estudo, mas posteriormente 4 acabaram por desistir de participar ficando assim com 6 participantes.

Pesquisas bibliográficas apontam alguns direitos fundamentais a serem levados em conta com o entrevistado, nomeadamente: o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais e do equilíbrio entre vantagens e inconvenientes.

Ao longo da pesquisa teve-se atenção a tais direitos como também foi levado em conta os princípios éticos, nomeadamente o direito a autodeterminação, o direito á intimidade, bem como o direito ao anonimato e a confidencialidade. Assim que, como garantia da confidencialidade foi atribuída a cada participante um nome fictício no contexto dos planetas que orbitam o sistema solar (Marte, Vénus, Saturno, Júpiter, Terra, Úrano).

Posteriormente, todas a mulheres participantes foram informadas sobre os objetivos do estudo com uma explicação detalhada, a sua finalidade e o motivo da entrevista, solicitando assim o consentimento informado (Apêndice D), como também o pedido de autorização para a audiogravação das entrevistas.

CAPÍTULO III. FASE EMPÍRICA

3.1 Apresentação e Interpretação dos resultados

A fase empírica consiste no tratamento das informações colhidas, na qual as entrevistas feitas são analisadas e interpretadas na sua precisão, para que a partir destas se possa formular as conclusões.

Para a análise dos resultados das entrevistas, utilizou-se o método de análise de conteúdo como a ferramenta de análise de dados qualitativos. Para tal análise de conteúdo, teve por base os princípios emanados por Laurence Bardin (2009), pelo que se procedeu às fases estipuladas por Bardin, receptivamente, a pré-análise, a exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados, pelo que assim se desenvolveu então a matriz da análise do conteúdo (Apêndice E).

Mediante o guião da entrevista e as respostas obtidas a partir do depoimento das 6 puérperas primíparas, seguindo os princípios de Bardin, elaborou-se a tabela de referência que permite organizar as informações, facultando uma certa organização lógica, através da qual foram definidas 5 categorias.

Tabela 10

Categorias e subcategorias da análise

Categorias	Subcategorias
Categoria I: Parto como tema no pré-natal	I- A relação grávida-profissional e sessões de educação para saúde II- Opinião sobre cursos de preparação para o parto.
Categoria II: Expetativas associadas ao trabalho de parto e parto	
Categoria III: Experiência do trabalho de parto e parto;	I. Dor experienciada; II. Interação com a equipa; III. Perceção do tempo de duração; IV. O nascimento como um momento de felicidade.
Categoria IV: Os Contributos dos enfermeiros na sala de parto durante o trabalho de parto e parto para uma experiência positiva.	

Categoria V: A relação entre as expectativas e as experiências vivenciadas.	
--	--

Categoria I. Parto como tema no atendimento pré-natal

A criação desta categoria juntamente com duas subcategorias, visa explorar de que forma as consultas pré-natais contribuíram na preparação da primípara para o momento do parto e em que medida a criação de programas ou cursos de preparação para o parto influenciariam na criação de expectativas e na vivência da experiência de parto.

Como referenciado outrora, as consultas de pré-natal visam ações multidisciplinares destinadas á mulher grávida com o intuito de diminuir os riscos no processo de gestação, avaliação do bem-estar da mãe e do bebê, sessões de educação para a saúde e ainda oferecer uma adequada preparação para o parto.

Subcategoria I. A relação grávida-profissional e Sessões de educação para a saúde

A subcategoria I, caracteriza-se pela exploração da percepção tida pela puérpera primípara relativamente á relação estabelecida entre estes e os profissionais da saúde intervenientes nessa importante primeira fase do contacto com as estruturas de saúde.

A relação estabelecida entre a equipa multidisciplinar e a primípara deve ser uma relação que desperte confiança, para que esta sinta-se aberta a colocar as suas dúvidas, suas inquietações assim preparar a mulher de forma positiva para a gravidez. Os trechos a seguir enuncia o significado dado a esta relação.

Vénus- *“eu faço uma avaliação positiva, esclareciam as minhas dúvidas, me atendiam com calma, não me apressavam.”*

Marte- *“á, pra mim foi bom, me tratavam bem (...) tivemos sempre uma relação positiva.”*

Saturno- *“Sempre me trataram bem, no início eu sentia-me mal constantemente, mas sempre me auxiliavam (...) faço uma avaliação de excelente, me explicaram várias coisas que eu não sabia”*

Terra- *“As consultas foram sempre bem, me tratavam bem (...) minha relação com os profissionais sempre foi bem”*

Júpiter- *“a relação foi super-bem”*

Úrano- *“por acaso me trataram bem”*

As participantes são unânimes nas respostas, permitindo reafirmar a importância desse sentimento de ser bem acolhida, pois permite criar laços de confiança desde cedo, e o bom acolhimento será importante para a continuidade das consultas, então é importante que este seja marcado pela positiva, permitindo a abertura total, a exposição dos medos, das inseguranças, bem como dos desejos pois a partir desse laço de confiança vai depender tudo o que vem adiante com a gestação.

Vale ressaltar, que em puérperas primíparas, por se tratar de um evento novo ela precisa assimilar muitas coisas, com isso os enfermeiros devem utilizar a educação para a saúde como a melhor arma para fazer chegar todas as informações inerentes a esse período de mudanças.

Assim, as sessões de educação para saúde assumem uma importância tremenda, principalmente quando realizados em conjunto com outras grávidas quer multigestas ou primigestas. Nesse momento existe uma partilha de informações, podendo haver sessões teórico-prático, que a fim ao cabo, acabam preparando a primípara para o próprio momento do parto assim como para o período puerperal e para o desempenho do novo papel de mãe.

Diferentes autores apontam a realização de ações educativas no pré-natal como um componente importante, na qual permite orientar a grávida e transmitir ensinamentos que a possam preparar para viver o parto de forma positiva.

É neste sentido que no depoimento das grávidas procurou-se identificar que sessões de educação para saúde ou outras atividades, elas participaram que as pudessem preparar para o momento do parto.

A resposta foi favorável a duas participantes, conforme enuciado nos seguintes trechos:

Saturno- *“Sim participei, eu fui a um encontro de preparação para o parto, me explicavam os cuidados a ter comigo, com o bebé, dicas para quando entramos em trabalho de parto, coisas assim (...), foram de grande utilidade, (...) eu as coloquei em prática e me ajudaram muito.”*

Júpiter- *“me deram algumas orientações, me falaram sobre alguns exercícios para fazer em casa (...) tive até algumas sessões de fisioterapia no Hospital para preparação do parto.”*

A participação em sessões de educação para saúde com o intuito de preparar as grávidas para o momento do parto, parecer ser ainda uma ação pouco desenvolvida pelos centros de saúde da ilha, tendo Saturno referido ter feito tais sessões no centro de saúde onde fazia as suas consultas, e Júpiter recorreu a outra fonte fora do seguimento nos centros de saúde. Mas ficou

claro o contributo que tais sessões e atividades tem no momento do trabalho de parto e parto quando Saturno refere que ao coloca-las em prática acabaram por dar um grande contributo na vivência de tal experiência.

Os relatos das demais puérperas primíparas deixam claro que não tiveram participação em qualquer sessão de educação para saúde ou outras atividades durante o pré-natal que as pudesse preparar para o momento do parto.

Vénus- *“sessões de educação para saúde do tipo nunca participei nem fui convidada”*

Marte- *“para o momento do parto, acho que não (...)”*

Terra- *“Não nunca participei”*

Úrano- *“não, não participei”*

Houve relatos de 2 puérperas primíparas que tiveram acesso a sessões de educação para a saúde e outras atividades que as pudesse preparar para o parto, ficando inclusive registado por Saturno que estas informações foram de grande utilidade no momento do trabalho de parto e parto.

Se tal percepção foi sentida por uma participante, seguramente as demais poderiam ter a mesma percepção caso tivesse acesso também a tais sessões e atividades do tipo. A equipa do pré-natal tem um papel importante na criação de programas de preparação para o parto que ajude as primíparas a adquirirem um conhecimento realista em relação ao momento do parto, ademais de fazer-las sentir preparadas e confiantes, permite aumentar os conhecimentos sobre o parto, a grávida aumenta a sua literacia sobre o tema e sabe de antemão que condutas adotar.

Com isso a primípara vai mais preparada e lida com o momento do parto de forma mais confiante, sem esquecer também que estas ações serão memoráveis e futuramente a própria primípara poderá contribuir para a transmissão destes ensinamentos às pessoas da sua rede social.

Subcategoria II. Opinião sobre cursos de preparação para o parto.

A subcategoria anterior remete á criação desta nova subcategoria. Se a maioria das participantes não tiveram acesso a sessões de educação para a saúde ou outras atividades, quer individual quer conjunta, sobre temas que as pudesse ser útil e prepara-las para o momento do parto, então há necessidade de saber a opinião das mesmas sobre uma possível existência de cursos de preparação para o parto, uma vez que são várias as contribuições que este oferece às parturientes.

Assim, as participantes afirmam que tal iniciativa seria uma mais valia e que caso houvesse, estes iriam aderir ao curso.

Vénus- *“seria muito bom se tivesse, claramente eu aderiria (sorrindo), principalmente quando é a primeira gravidez (...) uma pessoa que vai ter um filho pela primeira vez, você não sabe o que fazer como agir (...) os cursos seriam mesmo muito, muito bom,”*

Marte- *“eu acho que seria super útil, principalmente pra nós que é a primeira vez.”*

Saturno- *“seria útil, eu aderiria sim.”*

Terra- *“eu aderiria sim, acho que seria muito útil.”*

Júpiter- *“eu aderiria sim, seria bastante útil (...) é a primeira vez, você muitas vezes não tem muita noção”*

Úrano- *“eu acho que seria bom sim, seria útil, uma pessoa que não tem muitos conhecimentos quando vai a algo assim seria bom (...) eu aderiria sim.”*

As respostas são unânimes, as puérperas primíparas em estudo são da opinião que os cursos de preparação para o parto seriam uma ajuda muito útil, representando um meio importante de influência na construção de expectativas sobre o trabalho de parto e parto, na medida que possibilita o aumento dos conhecimentos sobre o trabalho de parto, auxilia na criação de expectativas realistas e positivas e assim proporciona uma experiência de trabalho de parto positiva.

Esse facto foi comprovado em outros trabalhos na qual constata-se que grávidas que frequentam no mínimo quatro (4) sessões de preparação para o parto, apresentam um melhor planeamento face ao momento do parto, esperam sentir menos dor durante o mesmo e ainda esperam demorar menos tempo no processo do parto, ou seja, somente construção de expectativas positivas.

Estes achados, ao fim ao cabo resumem essencialmente aquilo que a esmagadora maioria das participantes esperam que lhes aconteça no momento do trabalho de parto e parto, o que permite afirmar que caso existisse instituições desenvolvendo estes cursos, haveria um encaixe perfeito em trabalhar exatamente as expectativas esperadas pelas puérperas primíparas e assim a experiência acabaria por culminar na exatidão com as expectativas.

Várias são as contribuições que estes cursos apresentam às primíparas, nomeadamente, técnicas de relaxamento para auxiliar no controlo das dores, técnicas de respiração, reduzir a ansiedade, esclarecer sobre o processo de trabalho de parto, melhor planeamento para o parto, entre outras contribuições.

Fica marcado por Vénus, Marte, Júpiter e Úrano, que por ser a primeira gravidez, elas não tinham muito conhecimento sobre os processos envolvidos no trabalho de parto e parto e que tais cursos poderiam influenciar no significado atribuído à percepção da experiência.

Tais sessões poderiam ser no entender das participantes bastantes benéficas, pela possibilidade de definir e esclarecer o processo de trabalho de parto e ajuda-las na preparação para se tornar mãe.

Categoria II: Expetativas associadas ao trabalho de parto e parto

Esta categoria evidencia as expetativas criadas ao longo do período gravídico, pretende-se conhecer quais foram as ideias que as puérperas primíparas carregaram ao longo do pré-natal sobre a forma de antecipação ao momento do parto.

A maneira como a primípara interpreta as informações poderá remete-la a criação quer de expetativas positivas, negativas ou uma própria ambivalência de sentimentos. Tais trechos a seguir, enunciam situações do tipo.

Vénus- *“Ouve-se muitas coisas de outras pessoas, preferi não as levar em conta.”*

Marte- *“me diziam que o parto era difícil (...) eu lidei bem com o parto mais pelas coisas que outras pessoas já me haviam dito.”*

Terra- *“Eu esperava não sentir muita dor, como falavam aí fora”*

Júpiter- *“as pessoas normalmente falam, (...) te dizem que vais passar por um momento de dor (...).”*

As mulheres quando mais bem preparadas e informadas sobre o trabalho de parto e parto, mais propensas estão a ter expetativas realistas e positivas. Mas muitas vezes tais informações podem ser distorcidas.

No trecho de Terra e Júpiter, por terem ouvido relatos de que o parto se trata de um momento doloroso, isto pode remete-las a um sentimento de medo, de ansiedade, de imaginar que a dor poderá ser tanta que inclusive poderá até desencadear um sentimento de incapacidade.

Ao ouvir tais relatos carregam consigo desde logo uma expectativa negativa que é o medo da dor e do próprio momento que as aguarde.

Mas por outro lado, pode que também, relatos de pessoas próximas levam a construções de expetativas e experiências positivas, tudo depende sempre da forma como tais informações chegam e como são interpretadas pelas primíparas. Marte é uma prova que relatos de terceiros podem contribuir para criação de boas expetativas e para a própria vivência do parto.

No que tange à construção de expectativas positivas pode-se extrair o conceito de trabalho de parto e parto idealizado, no qual a mulher leva, e muito, em conta as suas preferências pessoais, o que pode ser percebido nas seguintes falas:

Saturno- *“Eu esperava ter um parto rápido, chegar e o bebê nascer assim rápido, não passar muito tempo com a dor, ter um parto assim saudável sem nenhum risco (...) queria também que o parto fosse um parto normal (...).”*

Terra- *“Eu esperava não sentir muita dor (...).”*

Júpiter- *“eu não queria que fosse muito doloroso, (...) sempre quis ter um acompanhante, era uma coisa que eu desde cedo tinha planeado”*

Úrano- *“eu não queria que o bebê passasse por nenhum tormento para nascer (...) queria um parto normal (...).”*

Marte- *“(...) queria chegar e ter o meu bebê rápido (...) seria bom ter alguém comigo, gostaria que o seu pai estivesse presente”*

Uma das expectativas muito frisadas é a de ter um parto sem muita dor, muitas destas puérperas primíparas como o caso de Terra, Júpiter e Saturno, relacionam de imediato o parto a um momento de dor, pois como já frisa a literatura, a gestante pode não saber o sexo, a cor dos olhos ou dos cabelos de seu bebê, mas sabe quase com certeza que seu trabalho de parto produzirá alguma dor, nunca descartando claro, que a percepção da dor varie de sociedade e de cultura de cada mulher.

A presença do acompanhante ou da pessoa significativa foi uma surpresa na avaliação das expectativas, pois metade das participantes não reconhece o impacto positivo que o acompanhante da sua escolha pode trazer na experiência do trabalho de parto e parto.

Saturno- *“Gostaria que a minha irmã estivesse comigo nesse momento, para me dar força, gostaria muito, me daria mais apoio.”*

Júpiter- *“sempre quis ter um acompanhante, era uma coisa que eu desde cedo tinha planeado”*

Marte- *“seria bom ter alguém comigo, gostaria que o seu pai estivesse presente”*

A presença do acompanhante é considerada positiva uma vez que proporciona segurança, divide a emoção do parto, ameniza a dor e ajuda nos cuidados com a puérpera e o bebê. Os achados nos relatos das participantes mostram que Saturno, Júpiter e Marte tinham como expectativas a presença de um acompanhante.

Vénus, Terra e Úrano em momento algum expectaram ter um acompanhante durante o parto, dizendo mesmo que não queriam ninguém nesse momento.

Terra- *“nunca quis um acompanhante comigo nessa hora (Sorrindo)”*

Vénus- *“Eu sempre disse que não queria ninguém comigo nessa hora (Sorrindo)”*

Úrano- *“nunca pensei em ter um acompanhante.”*

A opção de não querer um acompanhante deve ser respeitada pela parturiente, mas os contributos que este poderia dar são enormes. Seria uma referência emocional para a parturiente e que é visto como uma alternativa para que elas não se sintam sozinhas (como acabou sendo mencionada por algumas primíparas) pois estar ao lado da parturiente já é uma forma dela encontrar forças para levar o trabalho de parto adiante.

Como se verifica a expetativa mais frisada foi a de ter um parto sem muita dor, seguidamente a outra expectativa em relação ao trabalho de parto e parto mais frisado pelas puérperas primíparas do estudo, têm como fundamental que *“tudo corra bem”* ou *“sem nenhum risco”*.

Vénus- *“Minhas expectativas era que tudo saísse bem, queria ir com o pensamento positivo que tudo ia sair bem (...) a principal era que o bebé nascesse bem, sem nenhuma complicação”*

Terra- *“Eu esperava (...) que tudo saísse bem.”*

Úrano- *“queria (...) que quando chegasse a hora o bebe nasce-se sem nenhum problema.”*

Saturno- *“Eu esperava (...) ter um parto assim saudável sem nenhum risco.”*

Tais expressões de Vénus, Terra, Úrano e Saturno remetem á ideia que o importante é que no âmbito geral, todos os acontecimentos que envolvem o trabalho de parto e parto, aconteçam dentro do que é considerado normal, sem complicações para elas próprias nem para o bebé. Mas ao mesmo tempo isso leva a concluir a primípara tem pouco conhecimento dos seus direitos, sua literacia em saúde é fraca, não participa em cursos de preparação, não elabora um plano de parto, e assim no final ela acaba resumindo todas as suas expetativas numa única, que é a ideia que tudo saia bem.

No âmbito das expetativas negativas associadas ao trabalho de parto e parto, identificam-se preocupações, medos, medo da dor, sentimentos de incapacidade e falta de confiança.

Vénus- *“uma coisa que sempre tinha em mente era a dor, eu sempre disse que não engravidaria exatamente porque imaginava ser uma dor insuportável.”*

Marte- *“(…) mais o menos uma semana antes do parto eu comecei a sentir medo, acho que eu não estava confiante.”*

Terra- *“(…) tive um pouco de medo, ansiedade.”*

Júpiter- *“eu tinha medo de ser induzida (…) estava ansiosa e com medo ao mesmo tempo (…) eu não sentia nem preparada nem confiante”*

Úrano- *“as vezes eu pensava que eu não ia conseguir ter o bebê por parto normal, que me iam fazer cesariana (…) preparada eu não senti, nem confiante.”*

Das expetativas negativas, a mais associada segundo os relatos das puérperas primíparas, é o medo da dor e do momento do parto como tal, conforme fica marcado por Marte, Júpiter, Terra e Vénus.

Outra expetativa negativa citada nos trechos é a incapacidade ou de não se sentir confiante, marcado nos relatos de Marte, Júpiter e Úrano. Já Vénus, relata que não possuía muitas expetativas, mas pelos seus relatos fica claro o medo da dor como uma das suas expetativas negativas e se calhar a única.

Uma combinação ambivalente de expetativas fez parte do testemunho de alguns participantes face à antecipação da experiência de trabalho de parto. De um lado, expetativas positivas e do outro lado, expetativas negativas.

Uma vez que não houve aderência a nenhum curso de preparação para o parto, as expetativas criadas pelas puérperas primíparas dependem muito da maneira como as informações chegaram a elas, quer através da rede social, da mídia ou dos próprios profissionais da saúde. Quando tais informações provêm de relatos de amigos e familiares, muitas vezes acabam representando um obstáculo e não um elemento facilitador na projeção do evento, constituindo uma fonte de informação com um impacto negativo na construção de expetativas e a percepção que a mulher poderá ter sobre o trabalho de parto e parto.

Nos achados, não houve grande prevalência nem sobreposição de uma expectativa em relação a outra, ficando marcado por uma ambivalência de expetativas com uma ligeira tendência para expetativas positivas.

Não se pode esquecer que as expetativas que cada mulher cria sobre o trabalho de parto e parto são determinadas por um vasto conjunto de fatores, os quais têm a ver com a cultura, as normas da sociedade à qual pertence, da assistência prestada durante o pré-natal, dos relatos de

pessoas próximas, mas também das diversas dimensões pessoais como traços da personalidade e eventos críticos passados (mau passado obstétrico, relação com o conjugue, um mau passado da sua vida sexual, etc.).

Categoria III: Experiência do trabalho de parto e parto

Esta categoria evidencia a percepção que as puérperas primíparas tiveram ao longo da experiência de trabalho de parto e parto, desde os primeiros momentos ainda nas suas casas, passando pelo acolhimento feito no HBS, a interação com a equipa da sala de parto e outros acontecimentos que foram ocorrendo ao longo desse processo, surgindo assim subcategorias que sinalizam a influência que tiveram no significado atribuído á experiência.

A experiência do trabalho de parto começa desde os primeiros momentos em que a mulher começa a identificar os sinais e sintomas que a permite afirmar que está em trabalho de parto. Na esmagadora maioria das entrevistadas tal fenómeno teve início em casa, com exceção de Júpiter que teve que ser induzida por já ter uma gestação pós-termo, e Saturno que foi clinicamente avaliada no centro de saúde e constatada que já se encontrava no início do primeiro período do trabalho de parto.

Vénus- *“Fui buscar uma encomenda, quando cheguei em casa comecei a sentir as dores”*

Marte- *“Comecei as dores pela madrugada e pensei logo amanhã vou ter meu bebé.”*

Saturno- *“Fui ao centro de saúde (...) viram que eu já estava um pouco dilatada (...) Me levaram ao hospital.”*

Terra- *“eu comecei sentindo dores em casa, logo fui ao hospital.”*

Júpiter- *“(...) passou uma semana das 40 semanas, então me disseram para ir ao hospital (...) para ser induzida.”*

Úrano- *“comecei em casa, sentindo dores nas costas, depois dava um tempo regressavam, iam e regressavam”*

A primeira experiência de trabalho de parto segundo os relatos de Vénus, Marte, Terra e Úrano, permite afirmar que a maioria teve o início da experiência ainda nas suas casas, com isso vão recebendo os primeiros cuidados, apoio e acompanhamento pelos membros da família, algo que na antiguidade era muito valorizado, no qual o trabalho de parto e parto culminava com uma assistência e apoio dos membros da família.

Após identificar o início do trabalho de parto, as parturientes procuraram o serviço de maternidade do Hospital Dr. Baptista de Sousa. Esta de imediato é atendida pelos enfermeiros e posteriormente pelo médico.

Neste processo de admissão, o vínculo entre o enfermeiro-paciente e paciente-médico deve ser efetivado e fortalecido quando a mulher é admitida no pré-parto, isto permitirá que a parturiente sinta mais tranquila neste momento de ansiedade e inquietação. Quando essa boa interação não acontece, a experiência do parto começa a ser desde cedo vivenciada negativamente. A literatura aponta que nas primeiras reações estabelecidas durante o primeiro contato, é fundamental a forma como o profissional recebe a gestante e sua família. De maneira acolhedora, estabelecendo um bom vínculo, para que se obtenha a confiança, que é um elemento importante no sucesso e continuidade da assistência.

Nos trechos a seguir enunciam como foi o acolhimento

Terra- *“quando cheguei me acolheram mais o menos, não me trataram muito bem, me perguntaram logo porque eu voltei (...) já tinha voltado antes porque eu estava a perder líquido.”*

Vénus- *“fui atendida (...) me despiram e mi colocaram aí (tom agressivo) (...) durante isso houve mudança de turno, chegou uma outra enfermeira e começou a me dar sermão”*

Traços que transparecem a ideia de mau acolhimento esteve presente na experiência de duas puérperas primíparas, Terra e Vénus. Fato este que inaugura a experiência de forma negativa sobe o olhar dessas duas puérperas primíparas, uma vez que vários autores apontam o acolhimento e o apoio prestado pelos profissionais da saúde como um fator de avaliação da experiência de trabalho de parto e parto.

As demais participantes, referem terem sido bem acolhidas, que lhes foi feito todos os procedimentos iniciais, nomeadamente a avaliação dos sinais vitais, medicação nos casos que foram necessários, cardiotocografia e outras orientações gerais.

Saturno- *“me receberam bem e me trataram muito bem (...) me avaliaram, mediram a tensão, avaliaram os batimentos do bebe (...)”*

Júpiter- *“me acolheram muito bem (...) me deram entrada, me colocaram um medicamento, me disseram que a situação daí pra frente ia ser diferente (...)”*

Úrano- *“me acolheram bem, me colocaram na cama, avaliaram a posição do bebe, fizeram algumas perguntas (...) fui bem atendida”*

Com o predomínio de relatos positivos acerca do acolhimento, presente nos relatos de Saturno, Júpiter e Úrano, mostram que o primeiro passo para vivenciar positivamente a experiência do parto, ficou marcado pela positiva. Embora nem todas as participantes tenham sido unânimes nas respostas sobre o acolhimento, posteriormente esse cenário terá o seu impacto na percepção e no significado atribuído pela primípara face á esta experiência.

Neste momento e neste cenário, o bom acolhimento é crucial, na medida que a parturiente se encontra fora da sua zona de conforto, num ambiente estranho, recebendo cuidados de profissionais que nunca na vida conheceu, assim é importante fazer a parturiente sentir-se confortável, sentir-se ao mais próximo do seu lar, uma vez que o apoio dos profissionais de enfermagem é um forte preditor da satisfação das mulheres com a experiência de trabalho de parto.

Subcategoria I. Dor experienciada

A criação desta subcategoria surge pelo fato da percepção da dor ser um dos fatores que influência o significado atribuído ao trabalho de parto e parto. Pretende-se explorar a percepção da intensidade da dor por parte das puérperas primíparas em estudo e se foi o não de encontro com as expetativas criadas sobre a sua intensidade.

Vénus- *“A dor (...) foi mesmo insuportável, acho que não há como explica-lo.”*

Saturno- *“eu já sabia que sentiria dor (...) só não imaginava que seria tanto assim, foi muito mais forte, não foi bom.”*

Terra- *“fui uma experiência muito dolorosa, a parte má foi a dor (...) a dor foi muito mais mesmo do que eu imaginava.”*

Júpiter- *“não foi muito agradável, mais pela dor, ela desorienta uma pessoa.”*

Úrano- *“apesar da dor ser muita (...).”*

A percepção da intensidade da dor do parto é relativa a cada mulher. Nas entrevistas as 5 puérpera primíparas Vénus, Saturno, Terra, Júpiter e Úrano relataram terem sentido dores de grande intensidade, superando o que outrora haviam perspetivado, por isso, a dor ficou marcado como um aspeto negativo da experiência do parto nessas 5 puérperas primíparas.

Embora o significado atribuído à dor no trabalho de parto varie de sociedade para sociedade, dos traços culturais e do limiar da sensibilidade a dor da própria pessoa, ela não deixa de ser uma expetativa e uma experiência reconhecida e esperada.

No entanto, Marte relatou que imaginava que a dor fosse de maior intensidade, mas foi suportável, pelo que, para ela a dor não foi um fator de grande peso na avaliação da sua experiência.

Marte- *“a dor não é boa, mas eu imaginava que fosse mais difícil suportar, deve ser pelo drama que ouvimos (...) eu não achei o parto difícil.”*

Esta percepção distinta da dor, confirma o que outrora havia-se mencionado, que o significado atribuído á dor varie dos traços culturais e do limiar da sensibilidade de cada pessoa. O facto de Marte ser natural da ilha de Santo Antão poderá ter influenciado, na medida que carrega traços culturais que marcam a sua identidade. Poderá também ser pelo fato do seu limiar da sensibilidade da dor divergir das outras puérperas primíparas participantes. Mas fica claro o que vários autores afirmam sobre o facto de a percepção da intensidade da dor do parto ser relativa a cada mulher.

Oferecer informações sobre técnicas de controlo da dor durante o trabalho de parto é uma importante ação para a humanização do parto e nascimento, cabendo assim ao enfermeiro facultar sempre esses métodos ás parturientes com o intuito de auxiliar a proporcionar uma experiência ativa e positiva do trabalho de parto, tópico este que será abordado mais adiante.

Subcategoria II. Interação com a equipa

Esta subcategoria, mediante relatos das puérperas primíparas descrever a interação entre a primípara e a equipa que a atende, como um elemento da avaliação da experiência do parto.

Os trechos a seguir enunciam como foi a interação entre os profissionais e as puérperas primíparas do estudo. Saturno e Júpiter, relataram como sendo positiva essa relação.

Saturno- *“me trataram muito bem, me explicavam sempre as coisas (...) enfermeiros e médicos me trataram bem, me deram muito apoio, muita força, me deram boas orientações que me ajudaram muito.”*

Júpiter- *“me deram todo o apoio, nesse dia eu não tive falta de apoio”*

É necessário que os profissionais da saúde envolvidos na prestação de cuidados á parturiente compreenderem a importância que acabam por ter na história dessas mulheres. Tal experiência ficará retida na memória, servirá de testemunha a próximas grávidas, levarão consigo informações que poderão influenciar a criação de expetativas em outras mulheres da sua rede social.

Apesar de ser um momento doloroso, a percepção da dor e do desconforto podem ser minimizados através de um bom atendimento e uma interação saudável entre a parturiente e a equipa, com grande foco na equipa de enfermagem pela sua arte de cuidar.

A maneira como essa interação vai-se desenvolvendo, acaba por ser um ponto de grande peso na percepção e avaliação da experiência.

Vénus- *“a enfermeira a maneira como ela falava comigo, (...) poderia ter uma abordagem diferente, outra forma de falar com as pessoas, isso foi um ponto negativo da experiência (...) havia muita gente em cima, (...) que eu era isso e aquilo, que eu tinha que fazer isso e aquilo, foi uma afronta (...) todos falam, mas ninguém te houve, se eu digo algo é como se eu não dissesse nada (...) deveriam ter uma outra abordagem, mais sensibilidade (...) pelo menos na minha experiência ficou a faltar isso.”*

Marte- *“a experiencia podia ser melhor, acho que poderiam dar-nos mais apoio (...) é tipo você tem a sua dor, sabe que é sua que você tem que passar por isso, mas ficavam a espantar-me por gritar e tal, aquilo não é bom, não te ajuda em nada (...) não foi de todo mal, mas poderiam ser mais sensíveis, não que me vão passar a mão pela cabeça, eu tenho a minha consciência, mas poderiam ser mais sensíveis.”*

Terra- *“me deixaram aí, (...) nem ficaram comigo, colocaram música e me deixaram aí sozinha, (...) a doutora me foi ver, ela sim me tratou bem (...) depois trocaram de turno, veio outros enfermeiros, estes me trataram super bem (...) eu imaginava que aqui no hospital todos nos tratavam bem.”*

Se a interação entre os intervenientes não for a melhor no entender da parturiente, já é o suficiente para ela avaliar a experiência com sendo negativa. Pode-se notar nos relatos de Vénus, Marte e Terra, pois as participantes quando perguntado sobre como foi a experiência de parto, de imediato abordam a interação que foi estabelecida entre ela e a equipa que a atendeu e a percepção da dor. São dois pontos que ficam retidos na memória das participantes e que acabam sendo os melhores preditores da experiência de parto.

Para promover uma experiência positiva de trabalho de parto, o acompanhamento constante por parte dos enfermeiros que assistem a parturiente e o atender às necessidades destas, pode ser considerado como o fator que mais contribui para a construção de uma percepção positiva ou negativa da experiência de trabalho de parto e parto.

Estudos afirmam, que o enfermeiro tem como papel principal permanecer ao lado da mulher dando-lhe apoio e segurança, oferecer opções de técnicas para seu conforto, perceber as suas características culturais e incentivar o seu poder de decisão em todo o trabalho de parto.

Se existir uma comunicação terapêutica eficaz gerada a partir de uma boa interação enfermeiro-parturiente, é possível aumentar a autoestima da parturiente mediante o apoio, conforto e confiança, que despertará maior segurança e satisfação durante esta fase.

Subcategoria III. Percepção do tempo de duração

Esta subcategoria explora a percepção do tempo de duração do processo de trabalho de parto e parto e a influência que tem no significado atribuído à experiência.

Marte- *“eu aguentei a maior parte da dor em casa, eu fui já quase para ter o meu bebé.”*

Vénus- *“queria que o meu trabalho de parto fosse menos tempo.”*

Saturno- *“foi de um dia para outro, e quando chegou o momento do parto eu me sentia muito cansada, tinha muito sono, comecei até a sentir tonta, nem podia abrir bem os olhos (...) já não tinha forças.”*

Júpiter- *“o tempo de parto não foi longo, foi até rápido, eu pensava que ia durar mais”*

Úrano- *“eu não estive aí muito tempo, ele nasceu rápido.”*

O tempo que a parturiente leva durante todo o percurso de trabalho de parto até o nascimento do bebé é algo que puérperas primíparas avaliam como sendo uma variável importante na satisfação da experiência do parto. Algumas das puérperas primíparas entrevistadas fazem a associação, quando menos tempo no trabalho de parto menor será o sofrimento, menos cansaço e mais rápido veem o bebé.

Pode-se constatar que no trecho de Saturno e Vénus, em relação ao tempo de duração do parto, é da opinião delas que o tempo foi mais do que o esperado durante o trabalho de parto. Saturno inclusive fala que todo o processo de trabalho de parto levou de um dia a outro, tendo ficado muito cansada, repercutido no segundo período do parto do parto, relatando já não ter forças suficientes no período expulsivo.

Com isso Saturno caracteriza o parto como um momento muito difícil e muito doloroso, exatamente por esse variável tempo. Fica assim claro, o quanto a variável tempo influencia a percepção e avaliação da experiência de parto na primípara.

Já para Marte, Júpiter e Saturno, o tempo de duração do parto foi considerado como satisfatório, não ultrapassando do esperado por elas, o que acaba sendo um aspeto positivo dessa experiência de trabalho de parto e parto.

Quando o processo de trabalho de parto acaba por levar um longo período, com um prolongamento do período do apagamento e dilatação superior ao descrito pela literatura de em

média até 12 horas em puérperas primíparas, elas acabam por se sentirem esgotadas, e como consequência avaliam negativamente o trabalho de parto e parto. Esse fato posteriormente irá sim afetar a percepção da experiência de parto. Um trabalho de parto prolongado pode ser apontado como uma das variáveis que determina uma percepção negativa da experiência de trabalho de parto e parto, e positiva quando se verifica uma evolução rápida do processo.

Subcategoria IV. O nascimento como um momento de felicidade

Esta subcategoria ainda incluída na experiência do parto, mostra em que sentido o momento final de todo o processo de trabalho de parto e parto, é vivenciado pela puérpera primípara, retratando os sentimentos que as participantes tiveram após verem os seus bebês e como esse momento é avaliado como sendo o marco final de toda esta experiência.

Vénus- *“foi gratificante, acabei por esquecer de tudo o que aconteceu (...) no fim esquecemos tudo isso, quando olhei o me bebé, vi que estava saudável, aquilo foi o melhor momento”*

Terra- *“Eu senti diferente, foi muito bom, tudo ficou para trás agora.”*

Marte- *“foi a melhor coisa do mundo, o bebé saiu, passou a dor eu disse pronto”*

Saturno- *“Foi muita emoção, depois de muita luta você vê seu bebé, é um momento muito bom, me senti muito emocionada”*

Úrano- *“é o momento que você espera, quando você recebe o bebe você sente como uma etapa da vida que você realiza”*

Júpiter- *“uma sensação muito boa, só de sentir o seu calor (risos) (...) você esquece tudo, já nem lembrava da dor, ela passa logo.”*

O momento do nascimento tem um impacto significativo do ponto de vista emocional para a maior parte dessas puérperas primíparas. Esse momento tem um efeito positivo na experiência do trabalho de parto e parto por proporcionar um momento de conforto, de carinho, de fortalecimento do vínculo mãe-bebé.

Das entrevistadas, os trechos seguem a mesma ideia, com descrição do momento do nascimento como uma experiência memorável, com uma carga emotiva forte, um acontecimento único, uma etapa da vida a ser realizada.

Após o momento do nascimento, a totalidade das mulheres entrevistadas relata emoções positivas, como a felicidade, a tranquilidade, gratificação e o alívio, assim que as respostas são unânimes.

Algumas participantes referem inclusive ter esquecido das situações mais difíceis que foram experimentadas ao longo do trabalho de parto, como foi o caso de Vénus, Marte, Terra e Júpiter, o que leva a crer que o sentimento de receber o filho supera toda a dor, todo o cansaço, recebendo a conotação de um “alívio” já que marca o final de todo o processo de parto.

Uma vez que, uma das expectativas mais frisadas foi a de o bebé nascer sem nenhum risco, nenhuma complicação, a primípara ao receber em seus braços o seu filho e ver que este se encontra com boa vitalidade, vê o processo em geral como um sucesso, independentemente dos eventos que aconteceram ao longo do trabalho de parto e parto. Tal fato é verificado de forma mais nítida nos trechos de Vénus, Júpiter e Marte, ao afirmarem que “esqueceram dos eventos que aconteceram”, ou que “tudo ficou para trás” quando receberam seus bebés.

Categoria IV. Os Contributos dos enfermeiros na sala de parto durante o trabalho de parto e parto para uma experiência positiva

Esta categoria surge trazendo traços do contributo que os profissionais deram no momento do trabalho de parto e parto ao longo desta experiência. Neste sentido esta categoria busca conhecer como se procedeu a interação primípara-enfermeiro, sustentada nos contributos que os enfermeiros deram nesse momento e se tais contributos foram uteis sob o olhar das puérperas primíparas em estudo.

Engloba desde o apoio informativo sobre os procedimentos realizados, informações sobre a evolução do parto, como também outras orientações relativas a técnicas que minimizam a dor.

Alguns traços são provas do apoio informativo prestado às entrevistadas.

Vénus- *“ela voltou a fazer-me a avaliação, (...) eu tinha 3cm (...) mandou-me ir tomar um banho, colheu-me sangue, me deu um medicamento e disse que era para ajudar na dilatação (...).”*

Marte- *“fez o toque para ver a minha dilatação, e me disse que eu já estava bem dilatada, com 8cm.”*

Informações sobre a evolução do parto, nem todas lembravam com precisão quantos centímetros lhe foram ditas após as avaliações, mas tiveram acesso a esta informação, ficando

marcado no trecho de Vénus e Marte que tal informação sobre a evolução do trabalho de parto lhes foi facultada.

A família é também um interveniente neste processo, sentimentos de ansiedade e nervosismo também as marcam, por isso é importante também informa-las sobre a evolução do parto, mas infelizmente tal cenário não aconteceu na vivência da experiência das puérperas primíparas em estudo, uma vez que nenhuma teve direito a um acompanhante e os membros que acompanharam as puérperas primíparas até o hospital, tiveram que posteriormente abandonar o estabelecimento.

Informações sobre técnicas que minimizam a percepção da dor e ajudam na evolução do trabalho de parto, são importantes ações para a humanização do parto, cabendo assim ao enfermeiro facultar sempre essas informações e métodos às parturientes com o intuito não somente de auxiliar no alívio da dor, mas também proporcionar uma experiência ativa e positiva no trabalho de parto e parto.

Vénus- “ (...) falou-me havia uma bola e um cavaleiro, e me colocou no cavaleiro (...) me disse para não ficar deitada, que era para eu caminhar, (...) me fez massagem, me deu banho de chuveiro, ela me ajudou muito.”

Marte- “(...) orientações, não me deram muitas, me disseram para ir fazer xixi, depois me disseram para sentar no cavaleiro.”

Saturno- “(...) quando comecei com a dores me diziam para andar, a usar o cavaleiro, para usar a bola, que era para ajudar a dilatar. Me disseram também para ir tomar um banho na água morna (...) a respirar fundo (...) me deram boas orientações que me ajudaram muito.”

Terra- “me fizeram massagem, me deram banho, me disseram para não gritar, para respirar para não me cansar nem cansar o bebê, me mandaram sentar numa bola (...)a bola foi muito útil, a cadeira que me mandaram sentar que eu não senti muito confortável.”

Júpiter- “me deram orientação que era para eu respirar devagar, pausado, me disseram que não era para eu gritar que no momento que eu sentisse a dor que era para eu concentrar na dor para quando chegasse do momento de dar a luz para eu ter forças necessárias para expulsar o bebê sem me cansar nem cansar o bebê também, (...) me disseram que era para eu andar pelo corredor, me deram também uma bola gigante que era para eu sentar e rodar a cintura para que o bebê pudesse encaixar (...) essas orientações foram bastantes uteis”

Úrano- *“orientação foi só o cavalinho (...) essa recomendação me ajudou”*

Pelos relatos das entrevistadas, a recomendação mais feita foi a de usar o cavalinho, seguido da bola suíça. O banho, a caminhada e a técnica de respiração tiveram a mesma frequência de recomendação, sendo frisadas por Vénus, Saturno Terra e Júpiter. Tais técnicas no entender das participantes, foram um grande contributo para o alívio da dor e na evolução do trabalho de parto, conforme ficou marcado no relato de Úrano, Júpiter e Saturno.

Oferecer informações sobre técnicas de controlo da dor durante o parto é um dos grandes contributos e muito frisado por várias autores como aquela que permite apreciar positivamente o parto, pois vale relembrar que a intenção de sentir pouca intensidade da dor foi uma das expetativas mais referenciadas pelas entrevistadas, e assim contribuir para o alívio da dor é contribuir para a realização e satisfação das suas expetativas.

O apoio emocional também é outro ponto muito valorizado, no sentido de potenciar a confiança, incentivando sempre a parturiente a dar o melhor de si e premiando-a verbalmente quando esta realiza boas condutas. Nos depoimentos, os achados sobre o apoio emocional, foram as seguintes:

Marte- *“(...) acho que poderiam dar-nos mais apoio (...) ficavam a espantar-me por gritar e tal, aquilo não é bom, não te ajuda em nada (...) poderiam ser mais sensíveis”*

Vénus- *“deveriam ter uma outra abordagem, mais sensibilidade, muita gente reclama disso, deveriam ser mais humanos.”*

Terra- *“me deixaram aí, (...) nem ficaram comigo, colocaram música e me deixaram aí sozinha.”*

Saturno- *“a médica me disse que eu tinha que ter força porque nesse momento tudo dependia de mim, eu fui sacando forças e eu consegui”*

Júpiter- *“me deram todo o apoio, nesse dia eu não tive falta de apoio”*

Marte e Vénus, relatam terem recebido pouco apoio, e a forma como a interação entre elas e os profissionais foi desenvolvida ficou marcada pela falta de sensibilidade na forma de falar e lidar com o momento caracterizado por dor e desconforto.

Já Saturno e Júpiter frisam ter recebido bom apoio emocional por parte das profissionais que as acudiram. Saturno outrora frisava que na fase final de todo o processo de parto já estava muito cansada e sem forças, mas por ter sido encorajada pela sua médica, ela conseguiu o incentivo necessário para dar tudo de si e cumprir com sucesso o período expulsivo. Isto mostra a importância do apoio emocional, de como a assistência emocional continua por parte dos

profissionais durante o trabalho de parto e parto potencia a autoconfiança na parturiente, uma vez que tais puérperas primíparas não tiveram opção da presença de um acompanhante que as pudesse proporcionar o apoio emocional necessário e colmatar a falta de apoio dos profissionais, como no caso de Marte, Terra e Vénus.

O cuidado durante o trabalho de parto e parto não se limita apenas no sentido mecânico, é necessário auxiliar no alívio da dor, ensinar técnicas que culminam com uma evolução rápida e consequentemente um parto rápido, é preciso ouvir e respeitar as preferências da parturiente de modo a ela ter uma participação ativa no processo parturitivo. Pelos relatos fica a ideia de um apoio emocional ligeiramente fraco.

Categoria V. A relação entre as expectativas e a experiência vivenciada

Esta categoria procura traçar a relação entre as expetativas criadas e aquilo que foi a experiência vivenciada pelas puérperas primíparas uma vez que o significado atribuído á experiência dependerá e muito da satisfação das expetativas.

O impacto da experiência poderá ser positiva como poderá ser negativa e assim poderá trazer benefícios como também provocar danos psicológicos e emocionais á mulher.

No decorrer do trabalho vê-se que a experiência do trabalho de parto é antecipada na gravidez sob a forma de um conjunto de expetativas, e posteriormente ao parto serão vistas como recordações.

A tabela a seguir visa traçar uma relação entre aqueles que foram as expetativas das participantes e a avaliação das suas experiências.

Tabela 11

Relação entre as expetativas e as experiências

Nome	Expetativas	Experiência
Vénus	<p><i>“não queria ninguém comigo nessa hora”</i></p> <p><i>“que tudo saísse bem (...) que o bebé nascesse bem, sem nenhuma complicação”</i></p> <p><i>“imaginava ser uma dor insuportável”</i></p>	<p><i>“(…) olhei o me bebé, vi que estava saudável (...).”</i></p> <p><i>“a dor eu imaginava ser insuportável, e foi mesmo insuportável”</i></p> <p><i>“Fui com a ideia que seria algo tudo bonitinho, tudo bem, isso que eu queria, mas não foi”</i></p>

		<i>“falta sensibilidade, pelo menos na minha experiência ficou a faltar”</i>
Marte	<i>“me diziam que parto era difícil, eu fui já consciente”</i> <i>“gostaria que o seu pai estivesse presente”</i> <i>“queria chegar e ter o meu bebé rápido”</i> <i>“comecei a sentir medo, acho que eu não estava confiante”</i>	<i>“eu não achei o parto difícil”</i> <i>a dor não é boa, mas eu imaginava que fosse mais difícil suportar”</i> <i>“eu fui já quase para ter o meu bebé”</i> <i>eu esperava mais dos profissionais (...) poderiam ser mais sensíveis”</i> <i>“a experiência podia ser melhor, acho que poderiam dar-nos mais apoio”</i>
Saturno	<i>“Eu esperava ter um parto rápido (...) não passar muito tempo com a dor”</i> <i>“ter um parto assim saudável sem nenhum risco”</i> <i>“que o parto fosse um parto normal”</i> <i>“Gostaria que a minha irmã estivesse comigo nesse momento”</i>	<i>“nada de mal aconteceu”</i> <i>“É um momento muito doloroso (...) não é um momento fácil.”</i> <i>“eu me sentia muito cansada (...) já não tinha forças”</i> <i>“eu já sabia que sentiria dor (...) só não imaginava que seria tanto assim, foi muito mais forte”</i> <i>“enfermeiros e médicos me trataram bem, me deram muito apoio, muita força, me deram boas orientações”</i>
Terra	<i>“Eu esperava não sentir muita dor”</i> <i>“Eu esperava (...) que tudo saísse bem”</i> <i>“nunca quis um acompanhante comigo nessa hora”</i>	<i>“não me trataram muito bem”</i> <i>“me deixaram aí sozinha”</i> <i>“fui uma experiência muito dolorosa”</i>

		<i>“a dor foi muito mais mesmo do que eu imaginava”</i> <i>“o bebê nasceu bem como eu queria”</i>
Júpiter	<i>“eu não queria que fosse muito doloroso”</i> <i>“sempre quis ter um acompanhante”</i> <i>“tinha medo de ser induzida”</i> <i>“não ser capaz de suportar a dor”</i>	<i>“a dor foi mais do que eu imaginava”</i> <i>“o tempo de parto não foi longo, foi até rápido”</i> <i>“o bebê nasceu tudo bem”</i> <i>“me deram todo o apoio”</i>
Úrano	<i>“eu não queria que o bebe passa-se por nenhum tormento para nascer”</i> <i>“queria um parto normal”</i> <i>“o bebê nasce-se sem nenhum problema”</i> <i>“nunca pensei em ter um acompanhante”</i> <i>“pensava que eu não ia conseguir ter o bebê por parto normal, que me iam fazer cesariana”</i>	<i>“o bebê nasceu bem”</i> <i>“ele nasceu rápido”</i> <i>“correu bem, foi parto normal”</i> <i>“eu senti capaz, sempre temos medo, mas eu fui capaz”</i>

Vénus desde do seu período gravítico tinha a expectativa de não querer ter nenhum acompanhante, e na sua experiência acabou mesmo por não ter acompanhante, ou seja, esta expectativas foi alcançada. Queria que o seu bebê nascesse bem, sem nenhum problema e saudável e isso também culminou com a sua experiência. A dor foi também expetada como insuportável e o final a sua avaliação foi mesmo de uma dor insuportável. O que ela não expectava era que ao longo do atendimento e do trabalho de parto ficasse faltando a sensibilidade por parte dos profissionais que a atenderam. Os achados permitem concluir que as suas expectativas foram na maioria alcançadas, embora a sua experiência acabou recebendo uma conotação negativa.

Marte perspectivou desde cedo que o parto seria um momento difícil, como consequência de relatos que ouviu da sua rede social, mas como se pode constatar no seu depoimento, ela não teve essa sensação quando teve o seu parto, muito pelo contrario, ela experienciou um parto

tranquilo e menos doloroso do que ela outrora havia perspectivado, embora ela também tenha frisado o fraco apoio emocional recebido. Mesmo por ter essa percepção de pouco apoio emocional, os demais fatos relatados por ela permite afirmar que a sua experiência superou as suas expectativas, na medida que ela foi capaz de ter seu parto pela via vaginal mesmo referindo não se sentir confiante, o parto foi rápido, a dor foi menos que o esperado e para ela o parto não ficou marcado como um momento difícil.

Saturno tinha como expectativas, que o parto fosse rápido, sem risco, sem muita dor, um parto pela via vaginal e ainda perspectivou que sua irmã pudesse estar com ela nesse momento. Durante a experiência o parto foi um sucesso na medida que não houve nenhuma intercorrência tal como ela expectava e ainda refere ter tido muito apoio por parte dos profissionais que contribuíram muito, conforme citou. Em contrapartida o momento foi muito mais doloroso do que ela esperava, e lidar com a dor não foi uma tarefa fácil, e ademais a duração do parto acabou por ir além do que ela havia perspectivado. A presença do acompanhante não foi possível, uma vez que por novas medidas adotadas para a prevenção da pandemia do COVID-19 que se vive, não se faz ser possível de momento a presença do acompanhante.

Assim suas expectativas não foram de todo alcançadas e sua experiência ficou marcada pela negativa como consequência de um tempo prolongado durante o trabalho de parto que acabou acarretando mais sofrimento para ela, tendo mesmo frisando que o parto foi um momento muito difícil.

Terra como expectativas tinha, não sentir muita dor, que tudo saísse na normalidade e nunca teve como desejo ter um acompanhante. Pelo seu depoimento, a experiência ficou marcada por falta de apoio emocional, sensação de dor muito mais do que o esperado, mas com o nascimento de um bebê saudável tal como expectava. Tais argumentos permitem afirmar que Terra teve uma experiência de parto negativa e viu ser satisfeita duas das suas expectativas, a de esperar um bebê saudável sem nenhuma intercorrência ou complicações e a de não ter o acompanhante como outrora perspectivou.

Júpiter suas expectativas se resumem principalmente em ter um acompanhante, não sentir muita dor e ser capaz de suportá-la, e ainda ela tinha em mente o medo de em algum momento ser induzida. Durante a passagem pela experiência ela acabou mesmo por ser induzida e a dor foi muito mais do que ela outrora expectou. Pela positiva, relata o sentimento de satisfação pelo fato do bebê ter nascido com boa vitalidade sem nenhum risco, o apoio recebido pelos profissionais e por ter sido um parto rápido. Sua expectativa de ter um acompanhante infelizmente não foi concretizada, mas pode-se dizer que sua experiência ficou marcada pela positiva, mesmo vendo sua única expectativa positiva não ser alcançada.

Úrano expectou ter um parto normal, pela via vaginal, embora tinha o sentimento de incapacidade de ter o bebê pelo parto normal e ser submetido a cesariana, mas sua experiência ficou marcada por ter conseguido ter o seu bebê pela via vaginal e de o ter conseguido num tempo relativamente rápido, e de seu bebê ter nascido bem, de boa vitalidade tal como esperava. Pode-se afirmar então que ela viu suas expectativas positivas serem alcançadas na totalidade e sua experiência de parto foi marcada como uma experiência positiva, houve um culminar entre a suas expectativas e sua experiência.

A avaliação da experiência de trabalho de parto e parto além de ser influenciada pelo acolhimento, pela assistência prestada, pela percepção da dor, do tempo de duração, ela também está fortemente relacionada ao cumprimento das expectativas criadas durante o período pré-natal.

3.2 Discussão dos resultados

Nesta fase, apresenta-se a discussão dos resultados para compreender em que medida os objetivos traçados foram alcançados. Esta fase procura ainda confrontar os resultados da pesquisa com os resultados obtidos por outros autores em pesquisas semelhantes

O estudo reafirma uma vez mais que o trabalho de parto e parto é um acontecimento único na vida de qualquer mulher, principalmente nas puérperas primíparas uma vez que inaugura definitivamente a maternidade.

Em relação ao objetivo geral: Analisar as expetativas e experiências das puérperas primíparas, em relação ao momento do parto na maternidade do Hospital Dr. Baptista de Sousa, pode-se afirmar que este objetivo foi alcançado na medida que todas as puérperas primíparas envolvidas nesse estudo expuseram suas expetativas tanto negativas como positivas. Predominou as expetativas positivas, tendo como expetativas fundamentais “que tudo corra bem” ou “sem nenhum risco”, e pela expetativa de sentir pouca dor.

Relataram as suas vivências no momento do trabalho de parto e parto e atribuíram os seus significados por essa experiência. Pelos achados conclui-se que houve predomínio de expectativas positivas, mas em contrapartida houve um ligeiro predomínio de experiências negativas, embora não associadas diretamente ao facto de terem cumpridas suas expetativas ou não, mas sim justificadas pelo pouco apoio emocional recebido e pela fraca assistência prestada, podendo ou não estar relacionado ao facto de não terem a presença de uma pessoa significativa neste momento de trabalho de parto e parto.

Relativamente ao primeiro objetivo específico traçado: identificar as influências socioculturais na criação de expetativas das puérperas primíparas que realizaram o parto no serviço da maternidade do Hospital Dr. Baptista de Sousa, as informações recolhidos não permitem concluir em que medida os fatores socioculturais como a idade, o estado civil, o nível de escolaridade, a naturalidade e a religião, influenciaram a criação de expetativas positivas ou negativas, ou a percepção e o significado atribuído ao momento do parto. Isso é justifica pela homogeneidade das variáveis sociodemográficas, não sendo possível comparar tais influências quando estas variáveis estão muito próximas entre as participantes, e a própria abordagem qualitativa, com seleção aleatória das participantes acaba representando um obstáculo para alcançar esse objetivo. Nos achados das participantes, fica a noção de que tais variáveis não tiveram nenhum impacto sobre a criação de expectativas nas puérperas primíparas em estudo e nem no significado atribuído á experiência. Todavia não se pode refutar o impacto das influências socioculturais, quer na criação das expetativas quer também no desenvolvimento da

identidade maternal conforme defende Ramona Mercer na sua teoria da consecução do papel maternal.

No que diz respeito ao segundo objetivo: Identificar os contributos das consultas de pré-natal na preparação para o parto e vivência positiva da experiência do trabalho de parto e parto, conclui-se que as consultas foram avaliadas como positivas, marcado por uma boa relação com a equipa multidisciplinar, criação de fortes laços de confiança e pela excelência do atendimento. Contudo, os relatos das participantes mostram que as consultas de pré-natal não as prepararam para vivenciar o parto, uma vez que a maioria das puérperas primíparas não participaram em nenhuma atividade ou sessões de educação para a saúde que as pudesse preparar para vivenciar a experiência do trabalho de parto.

No que concerne ao terceiro objetivo: descrever a relação entre as expectativas e as experiências vivenciadas pelas puérperas primíparas durante o parto normal, na maternidade do Hospital Dr. Baptista de Sousa, este também foi atingido pois conseguiu-se traçar uma relação entre as expetativas criadas durante o período gravítico e aquilo que foi a essência da experiência do trabalho de parto e parto.

Os resultados permitem concluir que embora a avaliação da experiência do trabalho de parto e parto estar fortemente relacionada ao cumprimento das expetativas criadas durante o período pré-natal, ver cumpridas ou não as expetativas criadas, não determinou o significado atribuído á experiência, pois houve puérperas primíparas com predomínio de expetativas negativas mas o significado atribuído ao parto foi de uma experiência positiva e vice-versa em outras participantes. Conclui-se assim, que as puérperas primíparas avaliaram o parto, mais pelos acontecimentos que foram avançando ao longo do processo e não pelo facto de verem cumpridas ou não as suas expetativas.

Com isso pode-se afirmar que o trabalho de parto e o parto, trata-se uma experiência única e marcante, caracterizada por uma ambivalência de expetativas e sentimentos que acabam conduzindo a uma ambivalência de resultados como, expetativas positivas vs. experiências negativas, expetativas negativas vs. experiências negativas assim adiante. Cada primípara vivência esses momentos de forma singular, mesmo se estes pensarem posteriormente em ter outras gravidezes, também será igualmente vivenciada de forma única e singular.

Os relatos das puérperas primíparas em estudo sobre a experiência de trabalho de parto confirmam ou não o modo pessoal como cada mulher antecipou e expectou o momento do parto. Tal experiência que dependendo do significado atribuído pela primípara, terá um impacto no desenvolvimento maternal tal como explica Ramona Mercer na sua teoria da consecução do papel maternal. Pela análise dos dados, pode-se afirmar que existem fatores que facilitam como

também existem as que dificultam a experiência de trabalho de parto e parto, e consequentemente influenciaram positivamente ou negativamente o modo como a transição para o papel maternal foi experienciada.

As expetativas negativas sobre o trabalho de parto não fazem dele, necessariamente uma experiência negativa tal como se encontra em Martin, Bulmer e Pettker (2013) que referem que expetativas negativas se associam a uma experiência negativa do parto.

No estudo de Lopes, Donelli, Lima e Piccinini (2005), examinando os achados desde estudo, mais de metade das participantes referiram expetativas negativas em relação ao parto. Por outro lado, o mesmo não aconteceu a Lopes *et al.* (2009), na qual estes ao longo do estudo reportaram que prevaleceu expetativas positivas em relação ao parto.

Neste estudo, os resultados obtidos mostram que as entrevistadas expectavam mais do parto do que os eventos que culminaram com a experiência, ou seja, houve uma ligeira tendência de expetativas positivas, mas no ato do trabalho de parto e parto, houve predomínio de experiências negativas associadas principalmente á falta de apoio e sensibilidade dos profissionais e á intensidade da dor.

A falta de apoio foi um facto constatado também por Garcia (2015) no seu retrato sobre a assistência ao parto em Cabo Verde que também ficou marcado pela falta de sensibilidade e interação negativa entre a equipa e as parturientes, face á situação de vulnerabilidade da mulher num contexto não familiar, com pessoas desconhecidas num cenário desconhecido.

Ficou claro para Garcia (2015) que a relação entre a parturiente e a equipa afeta negativamente ou positivamente a vivência da experiência da mulher ao parto, dado que quando é oferecido à mulher uma assistência humanizada, esta vivencia positivamente a experiência do parto.

É neste sentido que a presença do acompanhante ou da pessoa significativa, torna-se um elemento fundamental que pode colmatar a falta de apoio e atenção dos profissionais, já que este tem o papel de abstrair os pensamento da parturiente, apoiar nas técnicas não farmacológicas e promover o encorajamento para que a parturiente não se sinta em nenhum momento sozinha.

Motta e Crepaldi (2005) e Storti (2004), compartilham essa mesma ideia ao afirmarem que o acompanhante é uma referência emocional para a parturiente e que é visto como uma alternativa para que elas não se sintam sozinhas, pois estar ao lado da parturiente já é uma forma dela encontrar forças para levar o trabalho de parto e parto de forma mais tranquila.

Outro fato constatado foi que a maioria das entrevistadas no que tange á experiência de trabalho de parto e parto, não viram confirmadas as expetativas negativas que as acompanharam

durante o período gravítico sob a forma de múltiplos medos, incapacidade, insegurança, ansiedades e preocupações.

Costa, Figueiredo, Pacheco e Pais (2003), no estudo semelhante com uma amostra de 115 puérperas primíparas, mostra que durante o trabalho de parto e parto, a generalidade das mulheres não vira confirmadas as suas expetativas prévias. Nos achados das 6 puérperas primíparas deste estudo no que tange á confirmação das expetativas positivas, três (3) puérperas primíparas viram suas expetativas positivas serem alcançadas, nomeadamente Vénus, Terra e Úrano. As outras três (3) Marte, Saturno e Júpiter, não viram confirmadas as suas expetativas positivas.

A duração do trabalho de parto e parto também influenciou a percepção da experiência do parto, uma vez que as participantes tenderam a relacionar a curta duração do trabalho de parto e parto com uma experiência positiva e vice-versa.

Em relação á via do parto, este não foi um dato muito relatado nas expetativas das participantes. Não enfatizaram nenhum sentimento positivo ou negativo, sendo a expetativa de ter um parto pela via vaginal referenciando por 2 participantes, Saturno e Úrano. O incentivo pelo parto normal assim como explicar as suas vantagens deve ser um ponto a ser desenvolvido durante as consultas de pré-natal conforme avança Oliveira, Riesco, Miya, e Vidotto (2002), pois a expetativa das gestantes quanto ao tipo de parto está relacionada à maneira como as informações sobre o assunto estão disponibilizadas. Fazer o parto normal ser uma expetativa por parte da grávida é fazer despertar o sentimento de “ser capaz” de ter o parto pela via vaginal, motivado pelas vantagens de uma recuperação rápida, maior conforto no binômio mãe-filho, menos doloroso para a mãe, menos complicações no pós-parto e ademais permite uma melhor relação entre parturiente e a equipa como também entre a parturiente e o acompanhante.

A respeito dos sentimentos vivenciados quando se deu por terminado o parto, foram relatados sentimentos de realização, alegria, felicidade, tranquilidade e gratificação como consequência dos primeiros contactos pele a pele e pela realização de uma etapa da vida dessas mulheres.

4. Considerações finais

A exploração das expetativas durante a gravidez é um aspeto importante a ser levado em conta durante o período pré-natal para que haja um abolimento de expetativas negativas e construções das positivas, pois conhecendo elas, permite um melhor acompanhamento e preparação com o intuito de otimizar a satisfação no momento do parto e da própria experiência. Os profissionais de saúde, através das consultas de pré-natal, desempenham a função de transmitir conhecimentos e orientar de maneira clara, desenvolvendo práticas educativas que visam aumentar o nível da literacia em saúde das puérperas primíparas e não só, desmistificando conceitos e esclarecendo as dúvidas, desempenhando sempre a função de ser um elemento facilitador e contribuinte para a construção de expetativas positivas.

Os achados da pesquisa evidenciam uma ambivalência de resultados, tais resultados projetam um predomínio de expectativas positivas, mas em contrapartida houve predomínio de relatos de experiências negativas face ao trabalho de parto e parto. É notório que o nível de literacia em saúde representa um obstáculo na criação das expetativas, pois a grávida desconhece os seus direitos, não sabe os benefícios que a figura do acompanhante tem para ela, não elaboram um plano de parto, e consequentemente as expetativas acabam resumindo ao “esperar que o bebé nasça bem sem nenhum risco” ou seja, que os acontecimentos que envolvem o trabalho de parto e parto, aconteçam dentro do que é considerado normal, sem complicações para elas próprias nem para o bebé.

As instituições que realizam partos, se quiserem melhorar as experiências vivenciadas pelas parturientes, é necessário compreender a relação existente entre as expetativas e a percepção sobre a experiência como um todo. O significado atribuído á experiência de trabalho de parto e parto nas puérperas primíparas, projeta-se em dois sentidos, o positivo marcado pela presença do acompanhante, aumento do conforto, apoio recebido, redução do nível de dor, participação ativa, maior preparação da utente, que leva a formulação de expetativas mais realistas, determinaram um início saudável da maternidade e consequentemente construções de expetativas positivas para o próximo parto. Enquanto que no sentido negativo marcado pela não confirmação de expetativas prévias, a falta de preparação, a presença de níveis elevados de dor, desconforto emocional e de outros sentimentos negativos durante o parto, dificultaram o processo de transição e identificação do papel maternal. Por isso, a experiência de trabalho de parto é capaz de introduzir na vida da mulher significados, que mudarão definitivamente a sua vida e a percepção sobre si.

Durante a realização do estudo teve-se como obstáculos a inexperiência do investigador no campo da investigação científica e pela relação muito próxima das características das entrevistadas, conduzindo a uma homogeneidade das respostas e dos relatos, o que acabou sendo um obstáculo no comprimento do objetivo específico I que seria identificar as influências socioculturais acerca do parto normal das puérperas primíparas.

Relativamente às limitações do estudo ressalta principalmente a natureza do estudo no paradigma da investigação qualitativa, na qual não são possíveis generalizações ou extrapolação dos resultados.

Acredita-se então, que o trabalho alcançou os objetivos pretendidos, esperando que os resultados deste estudo tragam contributos sobre a tema em questão e espera-se que este trabalho possa incentivar outros estudantes para futuras investigações.

Sugestões/Propostas

É deixado então aqui algumas sugestões ou propostas, visando contribuir para uma vivência positiva da experiência do parto, fazendo-a culminar com as expectativas previamente desenvolvidas.

- Criação de programas de preparação para o parto pelos centros de saúde, através dos quais ajude as mulheres a adquirirem um conhecimento realista e um preparo adequado em relação ao trabalho de parto.
- Sensibilizar os enfermeiros acerca dos fatores que determinam a satisfação da mulher durante o trabalho de parto e parto e assim criar condições que facilitam tal experiência.
- Capacitar as grávidas mediante as consultas de pré-natal, sobre o contributo da presença do acompanhante como meio de apoio e suporte emocional.
- Apostar cada vez mais nas práticas da atenção humanizada no parto.
- Elaboração de investigações semelhantes que procuram conhecer o modo como o trabalho de parto é antecipado e posteriormente experienciado, numa abordagem de investigação quantitativa.

5. Referências bibliográficas

- Aparecida Ferreira, L., Jesus Silva, J., Bonato Zuffi, F., Manzan Mauzalto, A. C., Penha Leite, C., & Silva Nunes, J. (Junho de 2013). *Expectativa das gestantes em relação ao parto*. pp. 3692-3697. Obtido de http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2057/pdf_758
- Alencar, G. P. (2009) *Influências dos fatores de situação socioeconômica, da aceitação da gravidez e da assistência pré-natal na mortalidade fetal* (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo. São Paulo
- Alligood, M. (2015). *Modelos e Teorias de Enfermagem* (8ª edição ed.). Barcelona, Espanha: ELSEVIER.
- Almeida, N., Medeiros, M., & Souza, M. (28 de Abril de 2011). *Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal*, pp. 819-827.
- Barros, M. (2010). *Aspectos da construção do “estado – social” de Cabo Verde*. Mindelo, Cabo Verde.
- Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Spong, C., Dashe, J., Hoffman, B., Sheffield, J. (2016). *Obstetrícia de Williams* (24ª ed.). São Paulo: Techbooks.
- Figueiredo, B., Costa, R., & Pacheco, A. (20 de Fevereiro de 2002). *Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas*, pp. 203-2017.
- Piccinini, C., Gomes, A., Nardi, T., & Lopes, R. (2008). *Gestação e a constituição da maternidade. Psicologia em Estudo* (pp. 63-72). Brasil.
- Sadler, T. (2019). *Langman’s medical embriology* (14 ed.). (G. Coter, Trad.) Espanha: wolters kluwer.
- Silva, L., Pessoa, F., Pessoa, T., Cunha, V., & Fernandes, C. (2015). *Análise das mudanças fisiológicas durante a gestação*. Brasil.
- Vieira, B., & Parizotto, A. (2013). *Alterações psicológicas decorrentes do período gravídico*. Joaçaba, Brasil.

- Ballone, M. (2008). *PsiquWeb*. Obtido em 30 de Março de 2020, de <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=141>
- Baptista, A. S., & Baptista, M. N. (2005). *Avaliação de depressão em gestantes de alto-risco em um grupo de acompanhamento. Em Interação em Psicologia* (pp. 155-163). São Paulo.
- Baptista, R., Dutra, M., Coura, A., & Sousa, F. (Outubro de 2015). *Enfermeria Global. Assistência pré-natal: ações essenciais desenvolvidas pelos enfermeiros*, pp. 112-127.
- Barreto, M. (2007). *A ciência do parto nos manuais portugueses de obstetrícia. em a ciência do parto* (Vol. 7, pp. 219-236). Niterói.
- Benute, G., Nomura, R., Santos, A., Zarvos, M., Lucia, M., & Francisco, R. (1 de Julho de 2013). *Revista Brasileira Ginecol.Obstétrica. Preferência pela via de parto: uma comparação entre gestantes nulíparas e puérperas primíparas*, pp. 281-285.
- Bryanton, J. (2008). *Predictors of Women's Perceptions of the Childbirth Experience*. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. Vol.37, nº 1 p. 24-34.
- Brito,, C., Silva, A., Barreto, L., & Lima, S. (2015). *Percepções de puérperas sobre a preparação para o parto no pré-natal. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, (vol. 16), 470-478.
- Bulechek, G., Butcher, H., & Dochterman, j. (2010). *NIC Classificação das Intervenções de Enfermagem* (5º edição ed.). Rio de Janeiro: ELSEVIER.
- Castelo, E., e Xavier, E. (2011). *Manual técnico sobre assistência ao parto, ao recém-nascido e às principais complicações obstétricas e neonatais*. Maputo.
- Carvalho, P., Loureiro, M., & Simões, M. (2006). *Adaptações psicológicas à gravidez e maternidade. Em Psicologia e Educação* (Vol. II, pp. 39-49).
- Canavarro, M.C. (2001). *Gravidez e maternidade: Representações e tarefas de desenvolvimento*. (pp.17-49). Coimbra.
- Cecatti , J., & Serruya, S. (2001). *Parto, aborto e puerpério: Assistência humanizada à mulher* (1ª ed.). Brasília, Brasil: Ministério da Saúde.

- Costa, A. (2015). *A massagem no trabalho de parto: Um cuidado especializado promovido pelo EEESMO para uma experiência significativa de nascimento (Relatório de estágio de Mestrado)*. Escola superior de Enfermagem de Lisboa, ESEL. Lisboa.
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., & Pais, A. (2003). *Parto: Expetativas, experiências, dor e satisfação*, 4 (1), 47-67.
- Coutinho, E., Silva, C., Chaves, C., Nelas, P., Parreira, V., Amaral, M., & Duarte, J. (2014). *Gravidez e parto: O que muda no estilo de vida das mulheres que se tornam mães?* Revista de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 48, 17-24.
- COUTO, G. (2006) - *Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto*. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol. 14, nº 2, p. 190-198.
- Davim, R., Torres, G., & Dantas, J. (03 de Setembro de 2008). Revista de Enfermagem da Universidade de São Paulo. *Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto*, pp. 438-445.
- Delascio, D., Guariento, A. (1981) *Obstetrícia Normal* 3. ed. Sarvier. São Paulo
- Dias, M., & Deslandes, S. (Dezembro de 2006). Assistência ao parto de mulheres usuárias de maternidade: *Expetativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência*, pp. 2647-2655.
- Dicionário de Português Online. (2017). Obtido em 07 de Junho de 2020, de <https://www.lexico.pt/expectativa/>
- Direção Nacional do Planeamento. (2015). *RELATÓRIO ODM*. Praia, Cabo Verde.
- Dotto, L., Mamede, M., & Mamede, F. (15 de Setembro de 2008). Revista de enfermagem: *Desempenho das competências obstétricas pela equipe de saúde. desempenho das competências obstétricas na admissão e evolução do trabalho de parto: atuação do profissional de saúde*, pp. 717-725.

- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização* (1ª edição ed.). Loures, Portugal: LUSOCIÊNCIA.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: LUSODIDACTA.
- Freitas, S., Gerk, M., Arantes, S., Nunes, C., & Luizari, M. (2010). *Terminologia em obstetrícia (material didático-instrucional)* Universidade Federal Mato Grosso do Sul. Campo Grande.
- Galiano, J. (2013). *Manual de Assistencia al Parto*. Barcelona, Espanha: Elsevier.
- GARCIA, G. (2015). *Assistência ao parto em cabo verde: Retrato das experiências vividas por mulheres cabo-verdianas*. Coimbra, Portugal.
- Godoy, A. (Abril de 1995). *Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades*. Revista de Administração de Empresas, pp. 57-63.
- Gonzaga, M., & Nascimento, L. (2017). *Parto normal na ótica das puérperas primíparas e suas dificuldades*. Parintins, Brasil.
- Hanum, S., Mattos, D., Matão, M., & Martins, C. (15 de Agosto de 2017). Revista de enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco. *Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto: efetividade sob a ótica da parturiente*, pp. 3303-3309.
- Herdman, H., & Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos de Enfermagem NANDA 2018-2020* (11ª edição ed.). Porto Alegre, Brasil: ARTMED.
- Instituto Nacional de Estatística. (2018). *Anuário Estatístico 2017*. Praia, Cabo Verde.
- Instituto Nacional de Estatísticas de Portugal. (Abril de 2020). Obtido em 04 de Junho de 2020, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0009334&contexto=bd&selTab=tab2
- Junior, T., Steffani, J., & Bonamigo, E. (16 de Agosto de 2013). Revista Bioética. *Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras*, pp. 509-517.

- Leff, J. R. (1997). *Gravidez: A história interior*. Artes Médicas. São Paulo
- Lino, M., Morgadno, C., Pacheco, C., Belém, C., Nogueira, M. (2010). *Efeito da variável preparação para o parto na antecipação do parto pela grávida*. Revista de Enfermagem Referência, II (12),17-27. Consultado em 25 de Maio de 2020. ISSN: 0874-0283. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3882/388239959004>
- Lopes, C., Meincke, S., Carraro, T., Soares, M., dos Reis, S., & Heck, R. (2009). *Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento de seu filho: Sentimentos da mulher puérpera em relação ao parto e o nascimento de seu filho* (pp. 485-490). Pelotas, Brasil.
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2009). *Enfermagem na Maternidade*. Lusodidacta.
- Maldonado, M. (2008). *Psicologia da Gravidez, parto e puerpério*. Petrópolis.
- Martin, D., Bulmer, S., & Pettker, C. (22 de Fevereiro de 2013). The journal of Perinatal Education. *Childbirth Expectations and Sources of Information Among Low- and Moderate-Income Nulliparous Pregnant Women*, pp. 103-112. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3647736/>
- Martins, A. (2008). *História de Enfermagem em Cabo Verde: História e memória* (pp. 109-111).
- Martins, M. (2011). *Educação para a Saúde e Vigilância Pré-Natal: Inter-confluências profissionais e familiares*. Braga, Portugal.
- Ministério da Saúde e da Segurança Social. (2 de Junho de 2020). *Apresentação dos principais resultados preliminares do idsr-iii*. Praia, Cabo Verde. Obtido de http://ine.cv/wp-content/uploads/2019/02/apresentacao-resultados-preliminares-_idsr_iii.pdf
- Ministério da Saúde e Segurança Social. (2018). *Relatório estatístico 2017*. Praia.
- Ministério da Saúde e Segurança Social de Cabo Verde. (2018). *Protocolos nacionais sobre os cuidados obstétricos de urgência*. Praia: Santos, Lda.

- Montenegro, C., & Filho, J. (2013). *Rezende Obstetrícia* (12ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan LTDA.
- Motta, C., & Crepaldi, M. (28 de Janeiro de 2005). *O pai no parto e apoio emocional: A Perspectiva da Parturiente*, pp. 105-118.
- Moulaz, A. (2018). *O Enfermeiro Especialista e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor em obstetrícia* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Bragança. Bragança, Portugal.
- Nassif, J. C. (2012). *Obstetricia: Fundamentos e enfoque prático* (1 ed.). Buenos Aires, Argentina: Panamericana.
- Neves, Â. (2013). *Visitação Domiciliária no Pós-Parto: Expetativas e necessidades de ambos os pais na transição para a parentalidade* (Dissertação de mestrado da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Coimbra, Portugal.
- Oliveira, J. (2016). *Atuação dos profissionais da saúde na sala de parto sob a ótica de puérperas em um hospital de referência à saúde da mulher* (Trabalho de conclusão de curso). Universidade Federal de Roraima. Boa Vista – Roraima, Brasil.
- Oliveira, K., Santos, A., Fernandes, A., Fernandes, A., Rosário, S., & Monteiro, A. (Stembro de 2012). Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental. *Concepção das nulíparas sobre o trabalho de parto e o parto*, pp. 2627-2635.
- Oliveira, S., Riesco, M., Miya, C., & Vidotto, P. (Outubro de 2002). Rev Latino-am Enfermagem. *Tipo de parto: expetativas das mulheres*, pp. 667-674.
- OMS. (2016). *Atendimento pré-natal para uma experiência gestacional positiva*. Genebra, Suíça.
- OMS. *Maternal, newborn, child & adolescent health*. Obtido em 04 de Junho de 2020, de [https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent/indicator-explorer-new/mca/maternal-mortality-ratio-\(per-100-000-live-births\)](https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent/indicator-explorer-new/mca/maternal-mortality-ratio-(per-100-000-live-births))
- Pereira, S., Oliveira, I., Santos, J., & Carvalho, M. (5 de Outubro de 2016). Revista Actas de Saúde. *Parto natural: a atuação do enfermeiro diante da assistência humanizada.*, pp. 199-213.

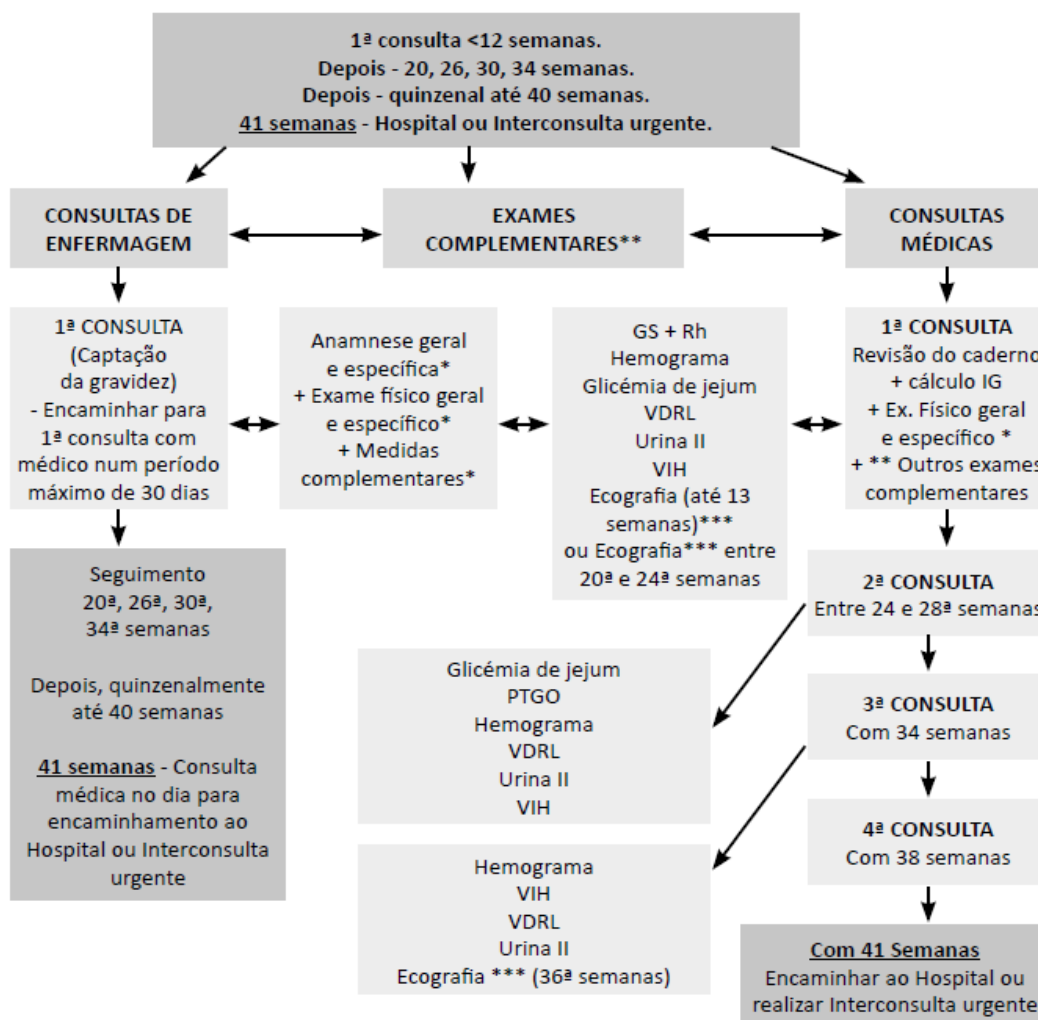
- Pinheiro, F. (2011). *Participação do acompanhante na gestação, parto e pós-parto* (Dissertação de mestrado e Especialização em Enfermagem Obstétrica), Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Brasil.
- Queroz, A. (2012). *Conhecendo as alterações da gestação para um melhor cuidar no pré-natal*. Minas Gerais.
- Riosl, C., & Cunha, N. (2007). *Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde*. Obtido de <https://www.scielo.org/article/csc/2007.v12n2/477-486/>
- Rocha, A., & Andrade, G. (2017). *Atenção da equipe de enfermagem durante o pré-natal: percepção das gestantes atendidas na rede básica de itapuranga* (1). *Revista Enfermagem Contemporânea*, 30-41.
- Ropk, J. (2016). *Uso de tecnologias não invasivas para alívio da dor durante o processo de parturição*. *Revista do curso Fisioterapia do Centro Universitário Franciscano*, 44 (2), pp. 137-141. Obtido em 22 de Maio de 2020, de <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/02/1050859/femina-2016-442-137-141.pdf>
- Santana, L., Gallo, R., Ferreira, C., Quintana, S., & Marcolin, A. (29 de Abril de 2013). Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. *Efeito do banho de chuveiro no alívio da dor em parturientes na fase ativa do trabalho de parto*, pp. 111-113.
- Santos, A. (2017). *Entre o esperado e o vivido : Expetativa e experiências de mulheres em relação ao momento do parto e nascimento* (Dissertação de Pós-graduação). Universidade Federal de Maranhão. São Luis.
- Serviço Nacional de Saúde de Portugal. (2019). UNICEF- Mortalidade Infantil. Obtido em 04 de Junho de 2020, de <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/09/19/oms-e-unicef-mortalidade-infantil/>
- Silva, Grazielle, et al. (2006). *Interview as a technique of qualitative research-a literature review*. *Online Brazilian Journal of Nursing*. Obtido de: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/382/88>

- Sobreira Lopes, R. C., Schneider Donelli, T., Mousquer Lima, C., & Piccinini, C. (2005). *O Antes e o Depois: Expetativas e experiências de mães sobre o parto*, pp. 247-254.
- Sousa, M. (2009). *O enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor: informação/aplicação* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.
- Souto, S. P. (2013). *O trabalho de parto : Um evento crítico na transição para a maternidade* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal.
- Souza, É., Aguiar, M., & Silva, B. (Agosto de 2015). Enfermagem Revista. *Métodos não farmacológicos no alívio da dor: Equipe de enfermagem na assistência a parturiente em trabalho de parto e parto*, 18(02), pp. 42-56.
- Souza, E.S. (2013). *O olhar das mulheres mães sobre a assistência ao pré-natal*. Revista enfermagem UFPE. Recife.
- Storti, j. (2004). *O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expetativas e vivências do casal* (Dissertação de Mestrado). Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, Brasil.
- Tavares, L. (2005). *Abordagem cognitivo - comportamental no atendimento de pacientes com história de depressão e déficit em habilidades sociais* (Relatório de estágio em Psicologia clínica) Universidade Federal de Santa Catarina UFSC. Santa Catarina, Brasil.
- Tedesco, R., Filho, N., Mathias, L., Benez, A., Castro, V., Bourroul, G., & Reis, F. (10 de Abril de 2005). 7º Congresso da Rede Latino Americana de Reprodução Assistida. *Fatores Determinantes para as Expetativas de Primigestas acerca da Via de Parto*, pp. 791-798.
- Tostes, N., & Seidl, E. (10 de Junho de 2015). *Expetativas de Gestantes sobre o Parto e suas Percepções acerca da Preparação para o Parto*, pp. 681-693.
- União Nacional dos Trabalhadores de Cabo Verde - Central Sindica. (Junho de 2012). Boletim informativo da UNTC-CS. p. 1.
- UNICEF. (2019). *Trends in maternal mortality*. Geneva.

- Universidade Federal do Rio de Janeiro. (2015). *Assistência de enfermagem no trabalho de parto e parto*. Rio de Janeiro, Brasil. Obtido de http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/assistencia_no_trabalho_de_parto.pdf
- Vaz, T., & Pivatto, L. (19 de Maio de 2014). Revista Cogitare Enfermagem. *Avaliação da presença do acompanhante no parto e puerpério em maternidade pública*, pp. 545-552.
- Xavier, B.R., Jannotti, B. C., Silva, S. K., Martins, C. A. (2012). *Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes*. pp. 1161-1171. Rio de Janeiro.
- Waldenström, U. (2003). *Women's memory of childbirth at two months and one year after the birth*, pp. 248-254.
- World Health Organization (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneve
- Zugaib , M. (2012). *Zugaib Obstetrícia* (Vol. 2. ed). Barueri, São Paulo: Manole Ltda.

6. Apêndices

Apêndices A- Fluxogramas de seguimento das consultas pré-natal



***Anamnese geral e específica:**

Fatores biológicos de risco
Fatores socioeconómicos
Fatores Ambientais
Fatores comportamentais
Patologias clínicas
Fatores obstétricos anteriores
Fatores obstétricos atuais

*** Medidas complementares:**

- Isoimunizações (DT, a partir de 14ª semana)
- Exame odontológico
- Práticas educativas/orientações quanto à gravidez e parto ao longo de todo o pré-natal
- Conversa com psicóloga/nutricionista

*** Exame físico geral e específico:**

- Estado geral (peso, mucosas, pele, face)
- Sistema neurológico
- Sistema cardiovascular (TA, ausculta cardíaca)
- Sistema respiratório (ausculta respiratória)
- Abdómen (cicatrizes, massas, AU, BCF, apresentação, posição e situação fetais)
- Exame ginecológico completo (inspeção, especular, toque vaginal)
- Membros (mãos e membros inferiores)

**** Outros ex. complementares:**

IgG/IgM para Toxoplasmose, Rubéola, CMV; anti-HBSag; Se a grávida for Rh negativo - Solicitar grupo sanguíneo do parceiro e Coombs indireto (se necessário); Outros exames, se indicado.

***** Ecografias:**

11ª-13ª semanas; 20ª-24ª semanas (preferencial, caso tenha condições de fazer apenas 1); entre 36-38 semanas

Apêndice B- Guião de entrevista

Caraterização sociocultural e obstétrico

Idade:

Naturalidade:

Escolaridade:

Religião:

Renda Familiar:

Ocupação:

Gravidez planeada?

Fazia uso de algum método anticonceptivo? Qual?

Histórico de aborto:

Vive com o companheiro/Pai da criança?

Número de consultas pré-natais realizados:

Antes do parto

1- Fala-me um pouco da sua gravidez, como reagiu ao saber que estava grávida?

2- Fale um pouco do seu pré-natal, que avaliação faz das consultas? Como foi a relação entre si e os profissionais de saúde? Que sessões de educação para a saúde você participou?

3- Sentiu que todas as suas dúvidas foram esclarecidas e que as orientações recebidas foram de grande utilidade na hora do parto?

4- Se houvesse uma instituição, com cursos de capacitação e orientação a grávidas, você aderiria? Acha que as orientações seriam melhor captadas que nas consultas de pré-natal?

5- Fale-me sobre as suas expectativas em relação ao parto. O que lhe vinha à mente ao pensar no parto, que sentimentos teve? Sentia-se preparada e/ou confiante?

Após o parto

1- Como foi o início do trabalho de parto? O que lhe vinha á mente e que sentimentos teve?

2- Fale um pouco da sua chegada ao Hospital. Alguém a acompanhava? Como foi o acolhimento por parte dos profissionais de saúde e que orientações recebeu?

3- Conta-me como foi o trabalho de parto. Sentiu que as recomendações recebidas pelos profissionais de saúde o ajudaram neste momento? Que significado deu a essa experiência?

4- Teve seu acompanhante durante o Parto? Como se sentiu ao tê-lo por perto?

5- O que sentiu, que sentimentos lhe veio depois que teve contato com o seu bebê?

6- Tendo em consideração as suas expectativas iniciais no pré-natal, que relação tiveram com a sua experiência do parto? O que você esperava que fosse o parto, culminou com os eventos que aconteceram?

Apêndice C- Requerimento dirigido ao Conselho Diretivo do HBS

Superintendente de enfermagem
Leite 2020.58

**Exma. Senhora Presidente do Conselho Administrativo do
Hospital Dr. Baptista de Sousa**

Anexo 2020
Liliane
08/07/2020

Mindelo, 25 de Maio de 2020

Assunto: Recolha de informações para realização da Monografia do Final de Curso.

Stefen Carlos Soares da Cruz, aluno nº 4302 do 4º Ano do curso de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo vem por este meio *mui* respeitosamente informar a vossa excelência que neste momento encontra-se a realizar o seu trabalho de conclusão de curso sob o tema "Parto Normal na ótica das primíparas que deram a luz no Hospital Baptista de Sousa: Contributos da enfermagem para que as expectativas culminem com uma experiência de parto positivo".

O referido trabalho tem como objetivo geral, analisar as expectativas e experiências de puérperas primíparas, em relação ao momento do parto. Como Objetivos específicos:

- a) Identificar as influências socioculturais acerca do parto normal das puérperas primíparas internadas no HBS;
- b) Conhecer a avaliação das puérperas primíparas internadas no HBS, sobre as consultas do pré-natal e a opinião acerca da inexistência de cursos de capacitação;
- c) Descrever a relação entre as expectativas e as experiências vivenciadas pelas puérperas primíparas internadas no HBS, durante o parto normal.

Nesse sentido, vêm-se por este meio solicitar a autorização necessária para proceder a recolha das informações necessárias junto às puérperas internadas na enfermaria de maternidade.

Contacto do estudante: 00238 5867850
E-mail: stefencarlos28@gmail.com

Stefen Carlos Soares da Cruz

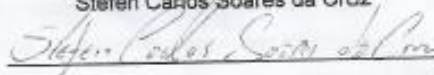
Informa-se ainda que a recolha de dados será feita mediante a aplicação de um guião de entrevista devidamente validado para o efeito e que o mesmo atenderá a todos os preceitos éticos inerentes aos trabalhos do género.

Sem mais do momento,

Subscreve-se com a mais alta consideração, na expectativa de uma resposta favorável,

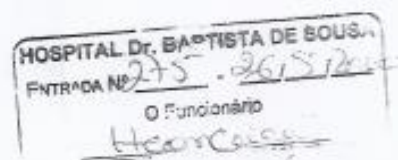
O requerente,

Stefen Carlos Soares da Cruz



Sueley Reis
25.05.2020.

Contacto do estudante: 00238 5867850
E-mail: stefencarlos28@gmail.com



Apêndice D- Termo de consentimento informado

TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E INFORMADO

TEMA: “O significado atribuído pela primípara á experiência de trabalho de parto e parto, a partir das expetativas construídas na gravidez. Contributos de enfermagem para as expetativas culminem com uma experiência de parto positivo”.

Stefen Carlos Soares da Cruz nº4302, aluno do curso de licenciatura em enfermagem na Universidade do Mindelo, vem solicitar a sua colaboração no estudo de investigação, intitulado “O significado atribuído pela primípara á experiência de trabalho de parto e parto, a partir das expetativas construídas na gravidez. Contributos de enfermagem para as expetativas culminem com uma experiência de parto positivo”, e que tem como orientadora a Mestre Anabela dos Santos Encarnação.

Pretende-se com este estudo descrever as espectativas e experiências das puérperas puérperas primíparas, em relação ao momento do parto e assim traçar a relação existente entre as espectativas e as experiências vivenciadas neste momento.

Informa-se que a sua participação na investigação é livre e voluntária, podendo desistir a qualquer momento.

A sua colaboração consiste em responder a algumas questões durante uma entrevista de aproximadamente 35min, dependendo da sua disponibilidade.

Salienta-se o carácter anónimo e voluntário da sua participação, sublinhando que os dados obtidos na sua entrevista são confidenciais e não serão utilizados para outro fim que não seja o estudo em causa. Informa-se ainda, que as respostas serão gravadas em áudio, e usadas somente neste estudo pelo que o material colhido será destruído após o uso no estudo.

Se pretender colocar alguma questão ou necessitar de algum esclarecimento acerca do estudo não hesite em contactar-me, por telefone ou email.

Obrigada, agradeço desde já a sua colaboração.

Declaro que, relativamente à investigação a desenvolver por Stefen Carlos Soares da Cruz, com o título “O significado atribuído pela primípara à experiência de trabalho de parto e parto, a partir das expectativas construídas na gravidez. Contributos de enfermagem para as expectativas culminem com uma experiência de parto positivo”., fui informada sobre o âmbito, os objetivos, o procedimento, os benefícios, a garantia de confidencialidade, a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas e o carácter voluntário da minha participação. Compreendi as explicações que me foram fornecidas, tendo lido e percebido o documento. Foi-me dada oportunidade para colocar questões que julguei necessárias às quais obtive resposta satisfatória e com a minha assinatura aceito participar no estudo.

Assinatura do participante

_____ Data ____/____/2020

Assinatura do investigador

_____ Data ____/____/2020

Apêndice E- Matriz da análise de conteúdo

Categorias	Subcategorias	Indicadores/unidades de registo	Unidades de Contexto
Parto como tema no pré-natal	A relação grávida-profissional e sessões de educação para saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - Foi positiva; - Foi excelente; - Foi super-bem; - Foi bem. 	<p>Vénus- <i>“eu faço uma avaliação positiva (...)”</i></p> <p>Marte- <i>“á, pra mim foi bom, (...) tivemos sempre uma relação positiva.”</i></p> <p>Saturno- <i>“Sempre me trataram bem, (...) faço uma avaliação de excelente (...)”</i></p> <p>Terra- <i>“(...) minha relação com os profissionais sempre foi bem”</i></p> <p>Júpiter- <i>“a relação foi super-bem</i></p> <p>Úrano- <i>“me trataram bem”</i></p>
	Opinião sobre cursos de preparação para o parto.	<ul style="list-style-type: none"> - Seria muito bom; - Seria muito útil; - Seria super útil; - Seria bastante útil - Seria bom. 	<p>Vénus- <i>“seria muito bom se tivesse”</i></p> <p>Marte- <i>“eu acho que seria super útil”</i></p> <p>Terra- <i>“(...) acho que seria muito útil.”</i></p> <p>Júpiter- <i>“seria bastante útil”</i></p> <p>Úrano- <i>seria bom sim</i></p>
Expetativas associadas ao trabalho de parto e parto	Positivas	<ul style="list-style-type: none"> - Parto rápido; - Pouco tempo com a dor; - Parto normal; - Ter um acompanhante; - Bebê saudável; 	<p>Saturno- <i>“ter um parto rápido, chegar e o bebé nascer assim rápido, não passar muito tempo com a dor, ter um parto assim saudável sem nenhum risco (...) queria também que o parto fosse um parto normal (...)”</i></p> <p>Terra- <i>“Eu esperava não sentir muita dor (...)”</i></p> <p>Júpiter- <i>“eu não queria que fosse muito doloroso, (...) sempre quis ter um acompanhante”</i></p> <p>Úrano- <i>“eu não queria que o bebé passasse por nenhum tormento para nascer (...) queria um parto normal”</i></p> <p>Marte- <i>“(...) queria chegar e ter o meu bebé rápido (...) seria bom ter alguém comigo.”</i></p>

	Negativas	<ul style="list-style-type: none"> -Medo da dor; -Medo do parto; -Ansiedade; -Medo de ser induzida; -Não sentir preparada; -Não sentir confiante; -Não conseguir ter o bebê pela via vaginal. 	<p>Vénus- <i>“eu sempre disse que não engravidaria exatamente porque imaginava ser uma dor insuportável.”</i></p> <p>Marte- <i>“(…) comecei a sentir medo, acho que eu não estava confiante.”</i></p> <p>Terra- <i>“(…) tive um pouco de medo, ansiedade.”</i></p> <p>Júpiter- <i>“eu tinha medo de ser induzida (...) estava ansiosa e com medo ao mesmo tempo (...) eu não sentia nem preparada nem confiante”</i></p> <p>Úrano- <i>“as vezes eu pensava que eu não ia conseguir ter o bebê por parto normal, que me iam fazer cesariana (...) preparada eu não senti, nem confiante”</i></p>
Experiência do trabalho de parto e parto;	Dor experienciada	<ul style="list-style-type: none"> -Insuportável; -Muito Forte; -Muito dolorosa; -Mais do que o imaginado; -Muito desagradável; 	<p>Vénus- <i>“A dor (...) foi mesmo insuportável”</i></p> <p>Saturno- <i>“foi muito mais forte, não foi bom”</i></p> <p>Terra- <i>“fui uma experiência muito dolorosa, a parte má foi a dor (...) a dor foi muito mais mesmo do que eu imaginava.”</i></p> <p>Júpiter- <i>“não foi muito agradável, mais pela dor, ela desorienta uma pessoa”</i></p> <p>Úrano- <i>“apesar da dor ser muita”</i></p>
	Interação com a equipa	<ul style="list-style-type: none"> -Muito boa; -Deram todo o apoio; -Falta mais sensibilidade; -Falta mais apoio; -Abandono 	<p>Saturno- <i>“me trataram muito bem (...) me deram muito apoio, muita força, me deram boas orientações”</i></p> <p>Júpiter- <i>“me deram todo o apoio”</i></p> <p>Vénus- <i>“deveriam ter uma outra abordagem, mais sensibilidade”</i></p> <p>Marte- <i>“poderiam dar-nos mais apoio”</i></p> <p>Terra- <i>“me deixaram aí, (...) nem ficaram comigo, colocaram música e me deixaram aí sozinha,</i></p>
	Perceção do tempo de duração	<ul style="list-style-type: none"> -Foi já quase a ter o bebê; -Foi longo; -Foi rápido 	<p>Marte- <i>“fui já quase para ter o meu bebê”</i></p> <p>Vénus- <i>“queria que o meu trabalho de parto fosse menos tempo”</i></p> <p>Saturno- <i>“foi de um dia para outro”</i></p> <p>Júpiter- <i>“o tempo de parto não foi longo, foi até rápido”</i></p> <p>Úrano- <i>“eu não estive aí muito tempo, ele nasceu rápido”</i></p>

	O nascimento como um momento de felicidade	<ul style="list-style-type: none"> -Gratificante; -Muito bom; -Muita emoção; -O melhor sentimento; -Realização de uma etapa da vida; 	<p>Vénus- <i>“foi gratificante, acabei por esquecer de tudo o que aconteceu”</i></p> <p>Terra- <i>“Eu senti diferente, foi muito bom, tudo ficou para trás agora”</i></p> <p>Marte- <i>“foi a melhor coisa do mundo”</i></p> <p>Saturno- <i>“Foi muita emoção, depois de muita luta você vê seu bebê, é um momento muito bom, me senti muito emocionada”</i></p> <p>Úrano- <i>“é o momento que você espera, quando você recebe o bebe você sente como uma etapa da vida que você realiza”</i></p> <p>Júpiter- <i>“uma sensação muito boa, só de sentir o seu calor (...)”</i></p>
Os Contributos dos enfermeiros na sala de parto durante o trabalho de parto e parto para uma experiência positiva.		<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliou na Bola suíça; -Fez massagem lombo-sacral; -Auxiliou no banho; -Auxiliou no cavaleiro; -Incentivou a caminhada; -Incentivou a boa respiração; 	<p>Vénus- <i>“(...) falou-me havia uma bola e um cavaleiro, e me colocou no cavaleiro (...) me disse para não ficar deitada, que era para eu caminhar, (...) me fez massagem, me deu banho de chuveiro, ela me ajudou muito.”</i></p> <p>Marte- <i>“(...) me disseram para ir fazer xixi, depois me disseram para sentar no cavaleiro.”</i></p> <p>Saturno- <i>“me diziam para andar, a usar o cavaleiro, para usar a bola. Me disseram também para ir tomar um banho na água morna (...) a respirar fundo (...)”</i></p> <p>Terra- <i>“me fizeram massagem, me deram banho, me disseram para não gritar, para respirar (...) me mandaram sentar numa bola (...)”</i></p> <p>Júpiter- <i>“me deram orientação que era para eu respirar devagar, pausado, me disseram que não era para eu gritar (...) disseram que era para eu andar pelo corredor, me deram também uma bola gigante”</i></p>